



**DÉCLOISONNER L'OFFRE D'UN CCAS POUR RENDRE  
LISIBLE UN PARCOURS ADAPTÉ AUX BESOINS DES  
PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES**

**Laurent FILIPPI**

**2010**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

A l'Arafdes : Ludovick, Colette pour votre soutien, et mes camarades de la promotion « D 27 » pour cette entente très amicale.

A ma famille, pour sa patience. Merci à Mimi, Stéphane et Micheline pour leur relecture.

A mes collègues de travail, qui ont géré l'établissement pendant mes absences.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les besoins de la population âgée hébergée en établissement : les identifier pour planifier une réponse territoriale du CCAS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Les caractéristiques de la population âgée en France .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Tendance démographique des aînés en France et enjeux.....	3
1.1.2 Les besoins des aînés .....	4
1.1.3 La Savoie grisonnante .....	7
<b>1.2 Les politiques sociales en faveur des personnes âgées .....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Le rapport Laroque de 1962 : la vieillesse problème .....	9
1.2.2 La loi 2002-2 .....	11
1.2.3 Les plans en faveur de la politique vieillesse.....	12
1.2.4 Le plan Bientraitance .....	14
1.2.5 La politique gériatrique de la Savoie .....	15
<b>1.3 L'offre du CCAS .....</b>	<b>16</b>
1.3.1 L'analyse des besoins sociaux (ABS) du territoire.....	16
1.3.2 Enjeux actuels du CCAS.....	18
1.3.3 La mission réglementaire du CCAS.....	19
1.3.4 L'Ehpad.....	20
1.3.5 Le Foyer logement ou Ehpa.....	22
1.3.6 La cuisine centrale .....	24
1.3.7 Les services du maintien à domicile .....	25
<b>2 Seconde partie Les concepts clés de l'accompagnement et du parcours coordonné : vers un changement de repères. ....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 La recherche de la qualité de vie de la personne âgée.....</b>	<b>31</b>
2.1.1 La notion de « chez soi » pour une personne âgée.....	32
2.1.2 De la prise en charge à l'accompagnement.....	35
<b>2.2 La coordination et le travail en réseau .....</b>	<b>42</b>
2.2.1 Les origines de la coordination .....	42
2.2.2 Du rapport Laroque aux Agences Régionales de Santé (ARS).....	42
2.2.3 La coordination : approche stratégique.....	44
<b>2.3 Accompagner le changement : l'art de manager .....</b>	<b>49</b>
2.3.1 La logique de la valeur.....	49

2.3.2	La logique projet .....	51
2.3.3	Qu'est-ce que manager le changement ? .....	53
<b>3</b>	<b>Troisième partie : Positionnement stratégique et organisation.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Le projet de pôle hébergement : un élément stratégique .....</b>	<b>55</b>
3.1.1	La méthodologie d'approche du travail avec les responsables d'unités .....	56
3.1.2	La coordination des unités, quelle organisation ? .....	58
3.1.3	Évaluation du processus d'organisation par pôle .....	63
<b>3.2</b>	<b>Les moyens d'accompagner durablement le projet : vers un changement de méthode ?.....</b>	<b>64</b>
3.2.1	Comment élever et maintenir le niveau des compétences des agents ?.....	64
3.2.2	Outils des responsables d'unités, les positionner en manager.....	68
3.2.3	L'évaluation de ces actions.....	70
<b>3.3</b>	<b>Partenariat, réseau, comment améliorer la qualité de l'accueil ? .....</b>	<b>71</b>
3.3.1	Formaliser les actions en cours .....	71
3.3.2	Développer d'autres partenariats, les bénéfices d'un réseau .....	74
3.3.3	Comment évaluer l'action ? .....	77
	<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

## Liste des sigles utilisés

A.B.S : Analyse des Besoins Sociaux

A.G.G.I.R : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressource

A.N.E.S.M : Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale

A.R.S : Agence Régionale de Santé

A.S.H : Agent des Services Hôteliers (ou agents de service)

C.A.L-P.A.C.T : Centre d'Amélioration du Logement - Propagande et Action Contre les Taudis

C.A.S.F : code de l'action sociale et des familles

C.C.A.S : Centre communal d'action sociale

C.H.R.S : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

C.L.I.C : Centre local d'information et de coordination

C.N.F.P.T : centre national de formation de la fonction publique territoriale

C.N.S.A : Caisse nationale de solidarité et d'autonomie

C.O.D.E.R.P.A : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

E.H.P.A.D : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

E.H.P.A : Établissement d'hébergement pour personnes âgées (appellation Loi 2002-2 des anciens foyers logements)

F.L : Foyer logement

G.I.R : Groupe Iso-Ressource

G.M.P : GIR Moyen Pondéré (de la population d'une structure)

H.A.D : Hospitalisation à domicile

H.L.M : Habitation à loyer modéré

M.A.P.A. : Maison d'Accueil pour Personnes Agées

O.P.A.C : Office Public d' Aménagement et de Construction

S.A.D : Service d'Aide à Domicile

S.S.I.A.D : Service de Soins Infirmiers à Domicile

T.D.S : Territoire de Développement Social (8 antennes de représentations territoriales du Conseil Général de Savoie)

U.S.L.D : Unité de Soins Longue Durée

U.E : Union Européenne

## Introduction

Ville d'apparence riche au passé prestigieux dont elle garde le souvenir, dotée d'un Casino qui draine une activité noctambule, Aix-les-Bains aime les contrastes. La diversité des caractéristiques de sa population, 28.000 personnes, donne au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) une place prépondérante dans l'action de la municipalité.

Le contexte économique et social évolue rapidement et depuis 2008, la crise en accentue les effets. Face à l'augmentation des besoins en services sociaux de la population, au développement rapide de ses activités, le CCAS d'Aix-les-Bains a procédé en 2009 à l'analyse des besoins sociaux (ABS) de la population de son territoire, dans le but d'adapter et de construire son action. Seules les personnes âgées hébergées dans les établissements du CCAS feront l'objet de ce mémoire.

Le CCAS d'Aix-les-Bains est bien perçu par les autorités de tarification pour son dynamisme et sa collaboration. Animés par une directrice générale<sup>1</sup>, l'offre de services proposés concernent l'aide ménagère et en soins infirmiers à domicile de 900 bénéficiaires, l'hébergement collectif de 173 résidents à travers un Ehpad de 49 lits et deux foyers logements distincts de 80 et 44 studios.

A l'issue des dernières élections municipales, le dispositif du CCAS est complété par les centres de loisirs, la rénovation urbaine et un service d'insertion par l'emploi. Face à la concentration de tous les services à vocation sociale au sein du CCAS, sa responsable devient directrice générale adjointe, en charge du pôle social des services de la Mairie.

Depuis 2007, je dirige l'unique Ehpad et un des deux foyers logements du CCAS. Ce foyer logement est en travaux depuis 2009 pour restructuration en Ehpad. En 2010 on me confie la responsabilité de définir et de mettre en œuvre la politique « personnes âgées hébergées » du CCAS. Le portefeuille de cette mission inclut le second foyer logement distant de l'Ehpad, et le service « cuisine centrale ». Ces unités ont des difficultés récurrentes de qualité du service rendu et de management :

- la qualité de la production en cuisine baisse, les repas ne sont pas adaptés au public âgé, comme le mécontentement le tarif augmente, et les « clients » diminuent ;
- le management et le positionnement de la direction du foyer logement ne permettent pas d'anticiper des situations de crise qui deviennent récurrentes, tant de la part des résidents que des professionnels.

En 2009 le renouvellement de la convention tripartite me permet de recruter un cadre de santé qui me déleste de la gestion opérationnelle de l'Ehpad, et je me centre sur l'agrandissement de l'Ehpad dont l'ouverture de 38 lits est prévue fin 2010.

---

<sup>1</sup> Le CCAS a la capacité juridique d'ester en justice, le Maire en est le président de droit.  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

Le mémoire est l'occasion de m'interroger sur la stratégie à suivre pour diriger de manière cohérente ces trois unités. La cuisine dessert le foyer et l'Ehpad, ainsi que les personnes âgées à domicile. Le foyer héberge des personnes valides qui parfois deviennent résidents de l'Ehpad. Dirigés chacun par un responsable, les trois unités collaborent peu, mais régulièrement autour d'un problème créé faute d'anticipation, et la direction du CCAS veut donc mettre sur pied une politique commune à son offre d'hébergement. Il me semble que la porte d'entrée que constituent l'usager et ses besoins, son accompagnement et la coordination inter-services, sont les clés pour définir la politique et les moyens demandés pour conduire ce changement, et développer une politique et une culture professionnelle, communes aux trois services.

J'ai le sentiment d'hériter d'un ensemble composite, auquel je dois :

- donner cohérence d'où l'idée transversale du « parcours » de l'usager en fonction de ses besoins qui restent à déterminer,
- donner à la population (aidants familiaux, personnes âgées) et aux élus, une lisibilité de l'offre, c'est à dire l'identifier afin de renforcer l'évidence d'une offre adaptée,
- valoriser la complémentarité des services pour renforcer l'idée de parcours adapté au public, et changer la culture professionnelle des agents de collectivité territoriale de ces services.

Aussi, chercherai-je dans le mémoire après une étude démographique du territoire du CCAS, à définir les besoins du public âgé. Je me servirai de l'analyse des besoins sociaux réalisé en 2009 et je m'appuierai sur les plans en faveur du vieillissement de la population, ainsi que du schéma gérontologique de Savoie pour guider ma réflexion. Enfin, j'analyserai les fonctionnements des différents services afin d'en dégager les problématiques à résoudre pour atteindre l'objectif commun.

En seconde partie je développerai les concepts de coordination et de réseau. La dynamique de conduite du changement m'est indispensable s'agissant d'un univers à la culture fonction publique territoriale. Je m'appuierai sur la notion plus transversale d'accompagnement de la personne, afin de déployer un langage identique et une approche commune du public des trois services et de promouvoir une dynamique basée sur la complémentarité.

Enfin, la troisième partie définira la mise en place du pôle hébergement dont l'objet à terme, est de garantir une organisation « bientraitante », cohérente et adaptée au parcours de vie du public âgé, ainsi que les outils permettant d'évaluer si les objectifs sont atteints.

# **1 Les besoins de la population âgée hébergée en établissement : les identifier pour planifier une réponse territoriale du CCAS**

## **1.1 Les caractéristiques de la population âgée en France**

Le nombre de personnes de plus de 85 ans est resté stable entre 1995 et 2005, en raison du déficit de naissances lié à la première guerre mondiale, il va presque doubler en dix années, passant de 1.100.000 personnes en 2005 à 1.900.000 en 2015. Or, cette tranche d'âge est particulièrement significative car elle correspond à l'apparition des problèmes de dépendance lourde et à l'âge moyen d'entrée en établissement<sup>2</sup>. C'est la raison pour laquelle les hypothèses de travail pour l'estimation des besoins en hébergement adapté s'appuient généralement sur l'évolution des personnes de 85 ans et plus.

En France aujourd'hui 4 générations peuvent se côtoyer. Ce phénomène, rencontré uniquement dans les pays les plus développés, est causé par l'allongement de la durée de la vie et de la réduction de la taille des familles. Bien que quatre générations peuvent vivre en même temps, seules deux vivent ensemble. La culture de l'individualisme, l'hégémonie du jeunisme, et la retraite professionnelle aboutissent à un processus progressif d'isolement des personnes vieillissantes. Ce processus débuta dans les années soixante avec l'exode rural, l'urbanisation et l'industrialisation qui modifièrent la structure de la cellule familiale : « dé-cohabitation ». Par ailleurs l'accès à la pension de retraite change le rapport des personnes âgées quant à leur logement, en leur offrant les ressources garantissant leur indépendance. Celle-ci contribua à l'abrogation<sup>3</sup> réglementaire des hospices (ayant pour vocation l'accueil des vieillards indigents et seuls) avec obligation de transformation en maison de retraite médicalisée. De cette indépendance est né le besoin de ne pas être à charge des enfants à cause de la vieillesse, ni de vivre dans un hospice, d'où l'émergence des premières maisons de retraite dans les années soixante, et des logements foyers. Ce concept novateur à l'époque répond à la problématique de logement social portée par le rapport Laroque, qui prônait le maintien à domicile, le lien social et stigmatisait l'excès d'institutionnalisation.

### **1.1.1 Tendances démographiques des aînés en France et enjeux**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2050<sup>4</sup>, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, le tableau joint en Annexe 1, indique que la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions ou 15 % de plus qu'en 2005.

---

<sup>2</sup> 83 ans et 5 mois, source DREES enquête du 31/12/2007

<sup>3</sup> Loi du 30 Juin 1975

<sup>4</sup> Insee Première, lettre N° 1089 de Juillet 2006



Les décès s'accéléraient à partir de 2030, avec l'arrivée aux grands âges des générations nombreuses du *baby-boom*. Le solde naturel (naissances moins décès), en baisse depuis 2005, deviendrait alors plus faible que le solde migratoire (arrivées moins départs). Vers 2045, il serait même négatif (- 26 000 en 2049), le nombre de décès excédant le nombre des naissances. La population française continuerait toutefois de croître jusqu'en 2050, grâce au solde migratoire.

En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005. Ces résultats sont sensibles aux hypothèses retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable.

### **Comparaisons avec l'Europe, le paradoxe**

L'espérance de vie à la naissance en 2006, en France, reste l'une des plus élevée d'Europe : 84 ans pour les femmes, 77,1 ans pour les hommes. En dix ans les hommes ont gagné 3,1 ans et les femmes 2,1 ans, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie. Le taux de mortalité globale (taux brut de 8,4 pour 1 000) est l'un des plus faibles d'Europe (531 100 personnes sont décédées en France en 2006).

Une espérance de vie en progression parmi les plus élevées d'Europe, un des plus faibles taux de mortalité d'Europe<sup>5</sup>, conjugués à un taux de fécondité des plus élevé, font de la population française l'une des plus importantes et paradoxalement, des plus vieillissantes du « vieux continent ». Compte tenu de l'âge moyen d'entrée en institution (85 ans), et des tendances démographiques, un accroissement important des demandes d'admission est prévisible : la personne âgée entrera en Ehpad plus pour y finir sa vie que pour y vivre sa retraite. De fait, le nombre d'établissements actuels sera insuffisant. Cependant, les personnes âgées expriment majoritairement le besoin de vieillir à domicile. Ces faits sont à considérer pour définir la politique vieillesse et l'action en faveur de ce public.

#### **1.1.2 Les besoins des aînés**

La personne âgée préfère vieillir chez elle. Près de la moitié des personnes âgées qui ont besoin d'être aidées pour les actes de la vie quotidienne le sont exclusivement par leurs familles<sup>6</sup>. La perte de l'appétit s'accroît avec l'âge. Le risque de dénutrition diffère selon le lieu de vie. De 20 à 30 % chez les plus de 70 ans, la dénutrition concernerait 25 à 45 %

---

<sup>5</sup> Commission européenne, Rapport 2008 sur la démographie, besoins sociaux et vieillissement

<sup>6</sup> Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants, 2009, Groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire GRAT

des résident vivant en Ehpad<sup>7</sup>. Dès que surviennent des difficultés liées à hygiène et à l'élimination, le placement est envisagé. Ceci implique que les besoins des aidants informels et des aînés sont liés et à traiter conjointement.

Les motifs d'admission exprimés par les familles ou le futur résident lui-même ont évolué ces dernières années, de même que l'âge d'entrée en Ehpad qui recule. Régulièrement l'admission correspond à une situation de crise liée à une évolution rapide de la dépendance, qui rend périlleux pour la personne et son voisinage le maintien ou le retour à domicile malgré les aides existantes. Il est fréquent, qu'après une hospitalisation ou un accident domestique, ou de santé répétés, tombe l'injonction médicale de placement en Ehpad. Que ce soit à la demande de la famille ou des travailleurs sociaux, la rupture est brutale et la coopération du futur résident à son projet d'accueil, est délicate à obtenir !

Face au constat que la vie en institution n'est tout simplement pas le souhait citoyen des aînés, il convient d'anticiper pour dédramatiser la rupture domicile / institution et réduire les freins émotionnels liés à la faible notoriété des établissements. « Vivre de mort ou mourir de vie », la phrase d'Héraclite ne cessera dès lors de les accompagner dans leur parcours institutionnel que beaucoup vivront comme un abandon.

Les personnes âgées sont particulièrement concernées par l'isolement<sup>8</sup>, selon l'Insee il y a corrélation entre l'isolement et le vieillissement : « c'est un processus lent de sociabilité décroissante avec l'âge, qui débute dès la retraite professionnelle ».

Ce sentiment d'inutilité, cet ennui faute de rôle donné se cachent même au sein d'un Ehpad au mode de vie pourtant collectif, contrairement au domicile. Malgré un programme d'animation conséquent et varié, une équipe professionnelle stable et un management bienveillant, je constate que « le drame de la mort sociale est souvent hélas bien antérieur à la mort biologique<sup>9</sup> ».

La démence sénile est une autre problématique du grand âge puisqu'elle représente près de 50% des situations de dépendance,<sup>10</sup> de plus en plus souvent à l'origine de l'entrée en établissement. Face à la catastrophe physique et psychique que représente la démence, la famille ébranlée vit un drame qui atteint la personne, le couple, les liens familiaux, et qu'il va falloir inscrire dans l'histoire familiale alors que personne n'y est préparé.

C'est à chaque fois le même dilemme pour la famille et la personne âgée : comment envisager l'avenir, maintien à domicile ou institution, rapprochement ou séparation ?

---

<sup>7</sup> Le journal du médecin coordonnateur, N° 37 Juin 2010, p. 12, IGAS évaluation PNNS

<sup>8</sup> Insee, enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, 2006

<sup>9</sup> Hubert Falco, secrétaire d'état aux personnes âgées, préface, Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées, éd. ENSP

<sup>10</sup> DREES : L'état de santé de la population en France; Etudes et résultats, N° 623, 02/2008

Le maintien à domicile, un choix sous conditions : depuis le rapport Laroque, les politiques de la vieillesse se succèdent avec le même objectif de maintenir chez soi les personnes âgées. A cause des crises économiques, les politiques sociales ont plus contribué à la politique de l'emploi qu'à elles-mêmes. Aujourd'hui, les moyens en personnel formé à l'aide à domicile sont insuffisants<sup>11</sup> par rapport aux besoins, et selon la presse spécialisée, nombre de services d'aide à domicile sont en difficultés financières.

Pour pouvoir rester à la maison, faute de moyens dans l'absolu, les personnes de plus de 60 ans ont donc recours à une aide « informelle », autrement dit fournie par l'entourage<sup>12</sup>. Ainsi, 3.230.000 personnes âgées dépendantes sont aidées par 5.900.000 aidants dont plus de 60 % sont des aidants informels (voisins, famille, connaissances).

Le fait d'aider une personne âgée a des conséquences sur la vie de l'aidant dont ce n'est pas le métier ni la seule occupation. L'impact sur la vie professionnelle comme privée est réel : fatigue morale, culpabilité, stress et usure face aux difficultés pour lesquelles ces aidants de bonne volonté n'ont aucune formation. L'enquête 2009 du Grath constate qu'une majorité de femmes (filles, belles filles...) jouent ce rôle d'aidant familial ou informel. En ce sens des solutions de répit sont nécessaires pour l'aidé et l'aidant.

Enfin, vieillir chez soi et y finir ses jours dans des conditions acceptables, exige des intervenants à domicile, ce qui est coûteux. Malgré les aides financières, le reste à charge peut dépasser la pension de retraite. Nombre de personnes ne peuvent pas assumer ce choix financier, et pour ne pas être un poids pour la famille, la solution devient l'Ehpad.

Développer des dispositifs adaptés aux besoins des personnes dépendantes et à domicile, rend indispensable la formation et l'information des aidants informels (pour un accompagnement en phase avec cette réalité quotidienne), contraint à trouver des solutions de répit et à tenir compte du reste à charge compatible avec la réalité économique du retraité, qui, souvent à ces âges avancés, est une femme dont l'activité professionnelle a été moins dense qu'un homme. Concernant l'ébranlement personnel et familial d'une admission en Ehpad, il faut anticiper et accompagner l'accueil pour dédramatiser, veiller au reste à charge à cause de la faiblesse des pensions, dépister le risque de dénutrition et combattre l'isolement.

Si les politiques prônent le maintien à domicile, la continuité des prises en soins et la recherche médicale, il me semble que le véritable écueil est la place de nos vieux dans la cité. Ce sont souvent eux qui se mettent à la fenêtre pour nous regarder vivre, car la conséquence de la dépendance est l'isolement. La Savoie au relief montagneux, propice à l'isolement, est particulièrement touchée par le vieillissement et la dépendance.

---

<sup>11</sup> Guide du CCAS, éd. Weka, conclusion du rapport Cours des comptes, novembre 2005

<sup>12</sup> GRATH, enquête nationale des besoins et attentes des personnes dépendantes, 2009  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

### **1.1.3 La Savoie grisonnante**

En 2005, la population de la Savoie a atteint le seuil des 400.000 habitants<sup>13</sup>. Avec une augmentation de 15 % ou 51.000 habitants depuis 1990, la Savoie figure dans le peloton de tête des 16 départements de France métropolitaine ayant connu la plus forte croissance démographique de ces quinze dernières années.

L'augmentation de population en Savoie, s'explique par la conjugaison de : l'excédent migratoire 60 %, et de l'excédent naturel (différence entre les naissances et les décès).

L'attractivité de la Savoie s'exerce sur toutes les classes d'âges, avec un léger avantage pour les trentenaires, et sur pratiquement toutes les catégories socioprofessionnelles.

### **Aix-les-Bains, au carrefour des deux Savoies et de son histoire**

Aix-les-Bains, deuxième ville thermale française, est située au bord du lac du Bourget. Comme aujourd'hui le tourisme est la principale activité du bassin Aixois, la cité entre lac et montagne compense donc en partie la perte de ses curistes. Située dans l'axe Chambéry / Genève, Aix-les-Bains est une ville dynamique et industrielle. Apprécié des personnes âgées, le micro climat dû au lac ainsi que son environnement, sont la raison d'une augmentation constante de sa population tant pour la personne en âge de prendre sa retraite tel un ex-curiste ou touriste, que pour le jeune couple. Cette attractivité engendre un déracinement social, processus qui contribue au sentiment de solitude une fois le conjoint décédé ou la dépendance survenue.

### **La population Aixoise, approche territoriale**

En 2007, la ville d'Aix-les-Bains compte 27.267 habitants<sup>14</sup>. La population du territoire d'Aix-les-Bains a augmenté de 49% en 30 ans, elle a plus que doublé dans les communes périphériques, grâce à un solde migratoire élevé. Cette évolution se poursuit sur un rythme renforcé depuis 1999, et la population estimée du territoire est de 70.000 habitants. Le territoire est en moyenne plus âgé que le niveau départemental, avec des distinctions nettes entre la ville d'Aix-les-Bains, où les plus de 60 ans représentent 28% de la population, et les communes limitrophes,<sup>15</sup> où ils représentent 22%. Ceci s'explique par l'attrait du thermalisme touristique et le micro climat.

### **Perspectives démographiques**

Selon l'Insee la population du territoire d'Aix-les-Bains va croître d'un quart entre 2005 et 2020 (près de 17.500 habitants). Ce bassin situé entre Chambéry et Annecy, bénéficie depuis fin 2009 d'une autoroute directe vers la métropole Genevoise, et la proximité de la Suisse se fera sentir à l'avenir. Le nombre de personnes de 60 ans et plus devrait croître

<sup>13</sup> Insee Rhône Alpes, La lettre, analyses N° 73, mai 2007, sur internet

<sup>14</sup> Insee Rhône Alpes, La lettre, analyses N° 73, mai 2007

<sup>15</sup> Chambre de commerce et d'industrie, lettre 01/2007 sur internet

de 56 % entre 2005 et 2020 dans le bassin, mais le vieillissement de la population sera atténué par l'important apport migratoire et une fécondité au-dessus de la moyenne départementale, ce qui gonflera les rangs des plus jeunes. Conséquences de ce dynamisme démographique : une forte progression du nombre de ménages (près d'un tiers en 15 ans), et de la population active (+ 15 % d'ici à 2020), ce qui devrait limiter la pénurie de professionnels médico-sociaux si l'on anticipe et augmenter l'action sociale.

### **La situation sociale d'Aix-les-Bains : de l'apparence à la réalité**

Une situation sociale plutôt favorable en apparence (image de la ville « riche »), mais des particularités à prendre en compte, notamment en terme d'âge :

- Taux de personnes âgées (+ de 60 ans ) le plus élevé du département ;
- Taux de vieillissement<sup>16</sup> de 133 % contre 85 % pour la Savoie ;
- Les moins de 20 ans pour les trois Cantons d'Aix représentent 24 % de la population.

#### En terme de situation sociale :

- Un taux de « Rmistes » et de parents isolés supérieurs à la moyenne de la Savoie<sup>17</sup> ;
- Des parents isolés plus jeunes que la moyenne départementale (46 % ont moins de 24 ans contre 35 % en Savoie) ;
- Une progression importante (de 110 à 367) du nombre de personnes bénéficiaires de l'Aide Départementale Personnalisée à l'Autonomie (APA) entre 2003 et 2009 ;
- 590 personnes handicapées (données MDPH) dont les trois quarts vivent seules ;
- Dans le cadre du plan canicule, une centaine de personnes âgées sont repérées par le CCAS comme isolées.

Ces projections et données indiquent un accroissement prévisible des besoins spécifiques des différents groupes de populations, encore faut-il identifier ces besoins et les corrélés avec la situation sociale du territoire.

Quels équipements et services sont nécessaires au vieillissement de la population ? Comment anticiper et adapter l'environnement urbain, mais aussi la politique de recrutement et de formation qui font l'attractivité du bassin ? Quelle politique mener pour que chaque catégorie de population continue d'exister dignement, en citoyen de droit ? Quel est le rôle du CCAS dans les réponses aux besoins de sa population ?

## **1.2 Les politiques sociales en faveur des personnes âgées**

Personne âgée et personne retraitée se confondent parfois. La retraite est une norme sociale qui renvoie au vieillissement parce que l'activité professionnelle cesse.

---

<sup>16</sup> Rapport entre le nombre de personnes de plus de 60 ans par rapport au nombre de personnes de 0 à 19 ans

<sup>17</sup> Dans l'analyse des besoins sociaux « ABS » du CCAS de Mai 2009

Inconsciemment, l'on devient hors norme, et cette rupture s'accompagne de la perte d'une partie de notre tissu relationnel (professionnel notamment au début) et entraîne une baisse de notre sociabilité. Le fait que l'on ne soit plus un productif, mais une personne retraitée donc dépendante de l'activité des autres, a une répercussion négative inconsciente sur l'image du retraité. Le nombre croissant de personnes à la retraite combiné avec le taux de chômage élevé, altèrent la représentation sociétale du retraité, alors même qu'il a mérité de cesser son activité en faisant valoir ses droits à la retraite.

« Les politiques de la vieillesse ne se réduisent pas à un ensemble de décisions politico-administratives, elles opèrent un travail constant de redéfinition de la dernière étape de la vie et de son mode de gestion »<sup>18</sup>. Du rapport Laroque au plan Alzheimer, face au défi démographique du vieillissement, les politiques ont aménagé, orienté et renforcé les conditions d'existence des personnes âgées en fonction de leurs besoins.

### **1.2.1 Le rapport Laroque de 1962 : la vieillesse problème**

Le rapport Laroque fut l'acte de foi de la politique vieillesse et il en demeure la profession de foi inaccomplie. Depuis sa parution en 1962, il aura fallu 10 ans pour que débute sa mise en œuvre avec le 6ème plan (1971-1975). Fauchée par les chocs pétroliers successifs, la politique vieillesse n'existera principalement qu'à travers sa contribution à la politique de redressement économique du pays.

#### **Enjeux**

Le rapport Laroque a créé à l'époque la catégorie sociale qui n'existait pas vraiment, des « personnes âgées, en ce sens qu'elle ne recouvrait pas une réalité sociale clairement identifiée »<sup>19</sup>, et deux idées fondamentales qui vont s'imposer avec le temps :

- la définition d'un groupe « personnes âgées », pour lequel il propose des mesures spécifiques ou adaptées et appelées « politique de la vieillesse » ;
- la vieillesse comme problème en devenir pour le maintien de notre modèle social.

#### **Analyse critique**

Bernard Ennuyer a écrit que la structuration du champ de la dépendance est la conséquence logique et réductrice de « la lecture » de la vieillesse par le rapport Laroque. Au lieu d'être « c'est à cause des problèmes des personnes âgées que la vieillesse pose problème à l'organisation sociale », elle aurait dû être : « c'est à cause de l'organisation sociale, qui doit donc changer, car c'est elle qui pose problème ». Ainsi ce rapport, qui décrit comme « invalide » la personne qui a des difficultés à vivre à cause de son âge, crée un processus de catégorisation et enferme la personne âgée en la stigmatisant : personne âgée égale problème. En fait, depuis le milieu du 18ème siècle où la chute

---

<sup>18</sup> Citation de Guillemard A.M dans Les malentendus de la dépendance, de B.Ennuyer, p. 32

<sup>19</sup> Les malentendus de la dépendance, B.Ennuyer, p 29

brutale de la mortalité infantile a contribué à l'allongement de la durée de la vie, l'organisation sociale est en difficulté avec le vieillissement de sa population. Le rapport Laroque scinde la personne âgée en deux groupes d'utilités différentes à la société :

- les jeunes vieux ou retraités de 55-75 ans utiles socialement (consommateurs) ;
- les « grands vieillards » de plus de 75 ans dont la santé défaillante engendre la dépendance qui pose problème.

Rien d'étonnant donc à ce que cette frange de la population soit confiée à l'expertise médicale, dont les spécialités naissantes (gériatrie et gérontologie) s'emparent, en contribuant au glissement du social vers le médical. Ainsi, de la question sociale et collective de la place de la personne âgée dans notre société, on glisse vers une « prise en charge » individuelle de la dépendance-problème sous l'angle biomédical. Cet angle constitue un nouvel enfermement, celui des pratiques et représentations médicales, notamment au sein de l'hospice traditionnel dont la fonction principale est « les soins ».

Schématiquement, de 1962 à 2002, la personne âgée devient progressivement objet de soins plus que sujet de droits. Elle est perçue encore aujourd'hui au travers de ses incapacités, puisque traditionnellement évaluée d'après la grille AGGIR validée par un médecin : on situe son GIR (degré de dépendance ou de perte d'autonomie) sur une échelle de 1 à 6. La grille est d'ailleurs construite autour de dix-sept variables dont dix sont dites « discriminantes », (relatives à la perte d'autonomie psychique et physique, et utilisées au calcul du GIR) ; et 7 sont dites « illustratives » concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, mais ne servent pas (sic !) au calcul du GIR.

Quand j'observe de mon poste le désarroi quotidien de l'équipe hôtelière qui cherche sa place dans une organisation sous-tendue par les soins (de nursing et infirmiers), que les moyens de fonctionner dépendent du GIR moyen pondéré de l'établissement, (ce que l'équipe a bien compris), que la DDAS veut que je recrute un cadre de santé (diplôme sanitaire) : alors j'ai tendance à penser que la création des ARS va accentuer le processus de déplacement du social vers le médical.

Dans mon positionnement, pour donner un sens à mes décisions, je répète que notre mission est d'accompagner la personne âgée (sous-entendu vers la fin) et de distinguer en cela l'Ehpad de l'hôpital, le médico-social du sanitaire. Avec ce discours, je participe peut-être, mais sans le rechercher, au cloisonnement du sanitaire et du médico-social. Mais je valorise surtout la personne à travers ses souhaits, ses habitudes et ses refus parfois mal vécus par l'équipe, et je tente de l'extraire des pratiques et représentations parfois trop médicales à mon goût. C'est ce déséquilibre que je souhaite piloter de manière plus fine pour le prévenir et tendre vers l'esprit de la loi 2002-2 et du « plan

solidarité grand âge »; pour éviter que le résident âgé ne le subisse par excès et pour que les professionnels perçoivent notre public dans le cadre d'une relation rehaussée vers le niveau « d'égal à égal ». Au-delà de mon positionnement, j'ai besoin d'une approche conceptuelle de l'accompagnement, qui plutôt qu'une prise en charge, offre à la personne une prise en considération qui soit transposable à l'ensemble des trois services afin de donner sens et cohésion à l'action du pôle hébergement CCAS.

### **1.2.2 La loi 2002-2**

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale impose de nouvelles règles de fonctionnement aux établissements sociaux et médico-sociaux. Elle instaure quatre principes essentiels<sup>20</sup> :

- l'affirmation des droits de l'usager ;
- la diversification des services et établissements, l'élargissement des missions pour le respect et la dignité des usagers ainsi que leur équitable accès sur tout le territoire ;
- les procédures de pilotage du secteur : planification, contractualisation, régime d'autorisation limitée et liée à l'évaluation qualitative, contrôle, procédure d'évaluation ;
- l'amélioration de la coordination entre les différents acteurs (coopération, système d'information commun entre Etat, département et caisses de sécurité sociale, et instauration d'une concertation institutionnalisée entre décideurs et établissements).

Elle s'organise autour de deux démarches :

- la liberté d'innover qui encourage les expérimentations et la démocratisation sociale,
- la responsabilisation des acteurs par leur implication dans toutes les étapes de planification, d'autorisation, de programmation à l'évaluation, au contrôle et à la coordination sans oublier la prévention des risques sociaux et médico-sociaux.

En application de l'art L.311-3 du CASF, « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par les établissements médico-sociaux », ce qui implique notamment le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de sa sécurité, ... bref des choix de la personne et ce quel que soit l'âge du sujet et à condition qu'il soit en mesure d'émettre cette volonté ; à défaut son représentant légal détient cette possibilité. Pour rappeler ces droits, la loi a prévu de remettre lors de l'accueil des usagers : un livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour. Enfin, et pour organiser l'expression des usagers au moins trois fois l'an : un conseil de la vie sociale au sein duquel siègent les résidents et les professionnels est rendu obligatoire.

---

<sup>20</sup> Politiques sociales et de la santé, éd Ehesp, p. 323



## **Transposition**

Si la loi 2002-2 met en œuvre les garanties de l'accueil en établissements et services, et prévoit les modalités de contrôle et d'évaluation, je constate souvent que le personnel recruté ou en poste est mal informé, ou n'en n'a pas retenu les principes et l'intérêt lors des formations pourtant professionnelles. L'intérêt de ces outils (livret d'accueil...) n'est pas encore maîtrisé par le cadre de santé de l'Ehpad ni par la directrice du foyer logement. Ce trait commun est à corréluer avec leur métier d'infirmière du secteur hospitalier, dont la culture est moins d'accompagner que de soigner d'une part, et où l'activité est très parcellisée d'autre part. Comment agir de façon cohérente avec un environnement donné, quand on n'a pas à l'esprit les règles du jeu ?

En fait, malgré les garanties et les outils de la loi, c'est avant tout leurs déclinaisons par les responsables de terrain (élus comme professionnels), qui prévalent à l'émergence des droits des personnes accueillies. Pour être efficace, il faut qu'élus et professionnels les connaissent, y soient formés et les communiquent pour que les équipes s'en imprègnent. Pour faire cohésion et donner du sens à l'action, aux yeux des résidents, des agents comme des élus, les fondements de la loi 2002-2 doivent être partagés. A défaut, le risque est que l'usager joue sur nos failles et nous précipite vers le favoritisme, source d'incohérence et brouille ainsi la lisibilité de l'action sociale locale.

### **1.2.3 Les plans en faveur de la politique vieillesse**

#### **Le plan solidarité grand âge, Juin 2006, principaux objectifs :**

- favoriser le libre choix du domicile (développer l'hospitalisation à domicile, les SSIAD, revaloriser les actes infirmiers, assurer une présence médicale territoriale, adapter les services d'aide à domicile par la professionnalisation et le dépistage de la dépendance, créer des places d'accueil de jour pour le répit des familles et expérimenter notamment le « baluchon canadien ») ;
- inventer la maison de retraite de demain (éviter les ruptures de prises en charge entre domicile Ehpad et hôpital, augmenter le personnel soignant autour du résident en fonction du GMP, développer et financer l'animation, maîtriser le prix de l'hébergement, renforcer l'effectif paramédical, promouvoir les métiers du grand âge, créer des lits supplémentaires équitablement répartis sur le territoire, développer une culture de bientraitance : allo maltraitance, guide d'auto-évaluation des risques maltraitance et renforcement des sanctions...);
- adapter l'hôpital aux personnes âgées (développer/adapter la filière gériatrique par territoire : unité de soins de suite et de réadaptation, équipe mobile de gériatrie, consultation mémoire, unité de soins de longue durée, 1 place d'hôpital de jour pour

- 2000 habitants, resserrer les liens entre domicile/Ehpad et l'hôpital pour faciliter les entrées/sorties de l'hôpital, gestion des places disponibles du territoire par le CLIC...);
- assurer le financement solidaire de la dépendance pour l'avenir ;
  - insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention (financer la recherche sur le cerveau et les maladies du système nerveux, gratuité de consultation préventive au delà de 70 ans).

### **Le plan national « bien vieillir » 2007-2009**

Depuis 2005<sup>21</sup> des actions innovantes et de promotion des séniors sont initiées. Elles visent à aider les séniors à adopter la bonne attitude pour vieillir en bonne santé. On se situe donc sur le versant de la prévention et de la promotion<sup>22</sup> :

- des comportements favorables à la santé (gymnastique adaptée, nutrition),
- de l'amélioration de l'environnement de vie de la personne et de la qualité de vie (adaptation du logement, aides techniques, aménagements de la cité),
- de stratégies préventives contre les maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche et de l'équilibre...), afin d'améliorer la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et du risque de désocialisation,
- du rôle social des séniors : favoriser leur participation à la vie sociale (le bénévolat, le tutorat, création d'associations...), valoriser leur réalisation (œuvres artistiques, transmission de savoir, de savoir-faire, de patrimoine...), et consolider les liens et la solidarité intergénérationnelle en les enracinant dans le contexte local et territorial.

Ces actions déclinées en appel à projet, sont validées par un comité technique multi-institutionnel composé de professionnels et d'usagers. Les collectivités locales sont notamment les promoteurs visés. Les projets retenus sont financés par la CNSA, leur réalisation territoriale est suivie par les délégations territoriales des ARS.

### **Le plan Alzheimer 2008-2012**

Présenté par le Président de la République, suite au rapport du professeur Ménard, le Plan Alzheimer, le 3ème en sept ans, comporte 11 objectifs. Articulé autour de trois axes «Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants», «connaître pour agir» et «se mobiliser pour un enjeu de société», comportant au total 44 mesures, ce Plan affiche 10 mesures phares dont voici l'essentiel :

- améliorer le diagnostic : renforcement et création des consultations mémoires ;
- mieux soigner et mieux accompagner : 2010, création par territoire des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), porte d'entrée unique ;

<sup>21</sup> Arrêté ministériel du 29 juillet 2005 portant création du comité de pilotage du plan « bien vieillir »

<sup>22</sup> Circulaire Bien vieillir DGAS/DGS/CNSA2008.189 du 11 /06/2008

- 1000 coordonnateurs en 2012 pour assurer la continuité des soins ; renforcement du soutien à domicile, (développement SSIAD et nouvelles technologies) ; création / identification d'unités adaptées aux patients souffrant de troubles comportementaux ;
- aider plus et mieux : développement des structures de répit (accueils de jour et temporaire, appel à projets innovants, mise en place d'un numéro unique d'appel téléphonique pour information et orientation locale ;
- chercher plus vite : création en juin 2008 d'une fondation de coopération scientifique pour stimuler et coordonner la recherche scientifique ;
- nomination d'une coordinatrice pour animer et coordonner l'application du plan, établir les indicateurs qui permettront de suivre son avancée et d'en évaluer les résultats ;
- des assises régionales pour accompagner la mise en œuvre du plan ;
- enfin la lutte contre la maladie d'Alzheimer est inscrite comme priorité de l'Union européenne lors de la présidence française du second semestre 2008.

#### **1.2.4 Le plan Bientraitance**

La maltraitance active ou passive n'est pas éradiquée, elle revêt des formes multiples : physiques, médicamenteuses, financières, nutritionnelle... et leur sur-médiatisation effraie l'opinion publique. L'opération bientraitance menée par le gouvernement dès 2008 a pour objet de rétablir la dignité des personnes âgées maltraitées en établissement. Elle vise aussi à rassurer les Français quant à la volonté des acteurs d'offrir des prestations de qualité à leurs aînés. Ainsi, les recommandations ANESM participent aux politiques publiques nationales en faveur de la personne âgée et du vieillissement. Le plan de bientraitance s'articule autour de trois axes majeurs<sup>23</sup> :

##### **Mieux contrôler et informer**

- augmenter les contrôles « surprise » dans les Ehpad,
- relancer la campagne autour du numéro d'appel dédié à la lutte contre la maltraitance.

##### **Faire confiance aux professionnels**

- l'envoi annuel d'un questionnaire relatif au personnel formé à la bientraitance validé par la direction. Les autorités de tutelles en sont destinataires,
- l'exploitation des questionnaires (incohérence, pas d'évaluation) pourra déclencher une enquête flash dans le but d'identifier les difficultés rencontrées par l'établissement

##### **Former les personnels techniques d'accompagnement personnalisé**

- adapter les personnels à la spécificité des techniques d'accompagnement personnalisé des résidents,
- diffusion des recommandations de bientraitance de l'Anesm.

<sup>23</sup>

Site officiel du gouvernement, discours de Me Létard, 02/2008

Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

Alors que la maltraitance est bien définie, le concept de "bienveillance" est actuellement flou et critiqué. C'est pourtant un concept qui peut aider chaque professionnel dans la réflexion sur les actes du quotidien et le sens plus général de son engagement<sup>24</sup>. Dans cet esprit, intégrer ce thème aux formations des professionnels des trois unités guiderait le sens de l'action de chacun et la cohésion de groupe. Il s'agit d'un concept transversal qui peut contribuer à faire évoluer les mentalités, à aider au changement de culture.

### 1.2.5 La politique gérontologique de la Savoie

**Le schéma gérontologique Savoie 2005-2010** en faveur des personnes âgées a pour ambition de déterminer les axes forts de la politique départementale pour 5 ans. Les constats qui y ont prévalu sont les suivants<sup>25</sup>:

- Un taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées satisfaisant, mais une forte proportion de foyers logements, plus de 30 % de la capacité globale d'accueil, sont pas ou mal adaptés à l'évolution de la prise en charge de la dépendance ;
- Un taux d'équipement en lits médicalisés supérieur à la moyenne régionale. Les EHPAD constituent 53 % de la capacité totale d'hébergement. Cependant nombre de foyers logements (ancienne appellation des EHPA), y compris médicalisés, sont hors normes (locaux, sécurité, accessibilité et fonctionnement) et doivent être humanisés (transformation foyer logement en lit d'Ehpad).

Les principaux axes<sup>26</sup> du schéma gérontologique 2005-2010, au nombre de 7, se déclinent par territoire de socialisation (TDS) en lien avec ses acteurs.

Le bilan en 2010 : la Savoie est dotée de 22 Ehpa pour 1090 places<sup>27</sup>, le schéma départemental a permis d'humaniser 384 places, plus une centaine en cours de travaux. Le Conseil général a transformé 25 % des Ehpa qui étaient hors normes, soit 575 lits d'Ehpad, financés par le programme d'humanisation, grâce à des fonds dédiés par l'état. La priorité a été donnée à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à l'hébergement temporaire et à l'accueil de jour. Particularité Savoyarde : l'ensemble du parc immobilier appartient à l'OPAC, unique bailleur social départemental.

### **Le futur schéma gérontologique : tendances 2011-2015**

Pour le prochain schéma, des groupes de travail ont déterminé les axes suivants :

- développer la bienveillance ;
- améliorer la coordination (faiblesse des articulations) ;

---

<sup>24</sup> AFBAH.org : association française pour la bienveillance des aînés et ou handicapés

<sup>25</sup> Voir détails en Annexe 2 : le schéma gérontologique de la Savoie 2005-2010

<sup>26</sup> Voir détails en Annexe 2 : le schéma gérontologique de la Savoie 2005-2010

<sup>27</sup> Information Direction de la Vie Sociale CG 73, bilan schéma départemental du 27/11/2009

- réduire les situations de crises : plus de prévention et moins de « faire » (plus de réflexion pour mieux outiller l'action des professionnels) ;
- décloisonner l'hôpital, la ville, le CCAS ;
- lutter contre l'isolement et le repli.

Le CCAS est partenaire du TDS d'Aix-les-Bains, mais c'est sur la base d'une étude des besoins de sa population qu'il doit concilier son action avec le schéma départemental.

### **1.3 L'offre du CCAS**

Le rôle du CCAS sur son territoire, en partenariat avec le conseil général qui met en œuvre la politique envers les personnes âgées, est d'éclairer la municipalité sur la politique et les moyens nécessaires pour répondre aux besoins de sa population et ainsi accompagner ces évolutions. L'observation sociale constitue une aide à la décision grâce à la connaissance du public touché et l'évaluation de l'action menée. Devant la complexité croissante des phénomènes sociaux, le développement d'une politique sociale locale en faveur des publics en situation d'exclusion, des personnes âgées, de la petite enfance ou en faveur de l'emploi, nécessitent des approches affinées pour coller aux réalités locales.

#### **1.3.1 L'analyse des besoins sociaux (ABS) du territoire**

La démarche, partagée avec les acteurs institutionnels locaux et présentée en conseil d'administration, consiste à :

- identifier précisément les publics cibles, leurs caractéristiques socio-démographiques,
- identifier leurs besoins sociaux pour opérer une veille sur leurs évolutions,
- évaluer l'adéquation entre l'offre CCAS et les besoins identifiés, et les préconisations.

Deux textes régissent cette démarche annuelle obligatoire pour les CCAS :

- le décret du 6 Mai 1995 introduit l'ABS et laisse une large initiative sur la manière de conduire la démarche sans prévoir de sanction en cas de non respect,
- la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui complète l'ABS par l'évaluation des activités et de la qualité, la mise en place d'indicateurs afin de permettre les comparaisons de coûts entre services de prestations comparables, et la mise en œuvre d'un système d'information pour recueillir les données relatives aux personnes (les agglomérer et les analyser) afin de les partager avec les institutions.

Seuls 30% des CCAS réalisant cette étude<sup>28</sup>, les chambres régionales des comptes ont rédigé 14 observations entre 1999 et 2003, pour demander aux CCAS de se conformer au décret de 1995. Il semble que ce soit davantage une obligation de moyens demandée par la loi, d'ailleurs l'avant dernier ABS du CCAS d'Aix-les-Bains date de 2005.

<sup>28</sup>

Enquête SOFRES citée par la Gazette des Communes, 14 juin 2004

Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

### **Les constats de l'ABS effectué en 2009 pour le territoire d'Aix-les-Bains :**

- L'action en direction du public âgé est développée, pertinente, et satisfait les acteurs.
- Les 4 offres de services à domicile, la gestion de 2 établissements et ses projets d'animation ont un rôle central dans l'accompagnement social et médico-social.
- La coordination entre les acteurs est insuffisante (décloisonner hôpital/ville, social/sanitaire, pas de centralisation des demandes en établissements, de SSIAD...) ce qui induit un accompagnement très orienté sanitaire ou médico-social.
- Les acteurs et usagers soulignent un manque dans l'accompagnement social, l'animation, le maintien du lien social et intergénérationnel : les personnes âgées souffrent d'isolement.
- Les usagers manquent d'informations sur les démarches et les services existants, les personnes seules ont du mal à comprendre et à se repérer au sein de l'offre sociale.
- Un manque d'information et de prévention sur le vieillissement et ses dimensions.
- Qualité de service : la formation est indispensable comme la reconnaissance des métiers de l'accompagnement du public et le développement d'une culture commune.

### **Les préconisations de l'ABS 2009 :**

- Poursuivre l'accompagnement social avec prise en compte du niveau de revenu.
- Renforcer l'information, la prévention et l'éducation aux aspects du vieillissement.
- Lutter contre l'isolement, accroître le lien social et intergénérationnel.
- Améliorer la coordination et développer une culture commune de l'accompagnement social des personnes âgées.
- Prévenir les évolutions démographiques et l'augmentation croissante des situations de dépendance.

Les politiques sociales étant continues, nous sommes dans un cycle : observation, évaluation, décision. Plus que l'observation, c'est une démarche qui doit permettre de poser des hypothèses, de déterminer les priorités d'actions, de les vérifier et de préconiser des solutions. Or l'avant dernier ABS date de 2005, ce qui interroge les objectifs et le pilotage des actions menées sur cette période.

### **L'ABS, un stimulant transversal ?**

Bien que ce soit une démarche participative, l'ABS n'a pas été utilisé comme un outil de mobilisation interne des équipes. Seuls les chefs de service y ont participé. Faute de débat entre les différentes visions des responsables de services, et de réflexion préalable au sein même des services, je constate que l'occasion de redonner du sens à l'action, de renforcer la cohésion horizontale et verticale des équipes, n'a pas été saisie par manque de temps. Pour approcher la réalité sociale de proximité, il est préférable de capitaliser les remarques et perceptions souvent intuitives des agents de terrain du territoire, de les

confronter aux données chiffrées pour en infirmer, confirmer et expliquer les tendances et phénomènes sociaux. Le manque de remontées participatives du terrain influence la pertinence de l'analyse des situations. Peu de responsables en ont profité, pour en retour, informer leurs équipes de ce travail, de son intérêt pour guider la décision et de sa portée pour la population et les travailleurs sociaux. Cette occasion manquée, contribue au cloisonnement inter-services comme externe (isolement) du CCAS.

### **1.3.2 Enjeux actuels du CCAS**

Les enjeux auxquels le CCAS a dû répondre sont liés aux évolutions économiques et sociales qui sont facteurs de nouveaux besoins et de persistance des inégalités. De nouveaux publics interpellent l'intervention des agents : les sans-domicile-fixe de plus de 60 ans que les CHRS ne peuvent plus accueillir et parmi le public âgé, la grande dépendance, questionnent les compétences du CCAS plutôt habitué à l'accueil en foyer logement de personnes âgées valides et socialisées.

Le CCAS n'a cessé de croître, d'évoluer dans son rôle sans s'y être préparé, et faute d'accompagnement à la professionnalisation et d'évaluation annuelle des compétences, les agents se sont adaptés par eux-mêmes aux enjeux de ces évolutions.

Il existe une seule Direction des Ressources Humaines pour la Mairie (900 agents) et le CCAS qui, minoritaire en agents (300), peine à faire valoir sa logique médico-sociale. C'est la culture fonction publique qui prévaut dans la gestion du CCAS. Deux exemples :

- toute demande d'aide à domicile est acceptée, service public oblige. On répond même si l'on n'est pas organisé/formé pour... et jusqu'à ce que la crise réduise la subvention d'équilibre versée par la Mairie, aucun plafond n'était fixé ;
- si un poste est vacant au CCAS, tout agent de la Mairie peut y prétendre. La notion d'interchangeabilité prime sur la compétence et le public n'est pas pris en compte.

Pour l'élu, le CCAS est un outil politique qui prend de l'ampleur depuis les crises économiques successives, et commence à peine à se structurer pour répondre à sa réglementation. Cependant la priorité est de répondre aux besoins, pas de s'organiser. Les élus ne sont pas ou peu formés aux aspects réglementaires de leurs portefeuilles. Ils dirigent avec leurs convictions (politiques), et les fonctionnaires gèrent en compétence dans le cadre de l'action voulue par l'élu, dont la légitimité repose sur l'électorat.

Ceci, conjugué à l'évolution de la demande sociale, peut expliquer des oublis, de l'incohérence, du retard, des équipes qui deviennent autonomes et s'adaptent par l'aval aux besoins de la population, plutôt qu'en amont via un projet fédérateur des administrateurs. Le projet social du CCAS n'existe pas, aussi subit-il faute d'anticipation, de projection.

Je fonde mon action de direction sur le schéma départemental et la réglementation, car j'ignore les objectifs communs, comme les valeurs fondatrices de l'action sociale du CCAS envers sa population âgée. Elles existent sans doute, mais délayées dans l'action des responsables de services, chacun l'appréhendant en fonction de ses moyens. Il n'y a pas de discours transversal identifié auquel se fier comme à un cap, pas de feuille de route donc peu de valeurs partagées. La crise est le mode de gestion, le régulateur de l'organisation et elle justifie l'engagement personnel.

On me demande de définir la politique hébergement du pôle du même nom pour recentrer et coordonner les décisions sur un axe fort, des valeurs communes, à partir d'un projet partagé. La question est alors : comment adapter les structures Ehpad et foyer logement au vieillissement des personnes, quel rôle pour le foyer logement à l'avenir ?

Comment s'organiser pour passer du « faire » à la prévention et garantir un parcours adapté et coordonné ?

Comment professionnaliser les agents pour les aider dans l'accompagnement d'un public qui évolue vers une plus grande dépendance ou issue d'une grande précarité ?

### **1.3.3 La mission réglementaire du CCAS**

Le CCAS<sup>29</sup> a un rôle d'animation « d'une action générale de prévention et de développement social à l'échelle de la commune, en lien étroit avec les institutions publiques et privées... », et « il participe à l'instruction des demandes d'aides sociales et transmet les demandes dont l'autorisation incombe à une autre autorité ». Le CCAS est obligatoire dans les communes, et, en tant qu'établissement public, il est l'expression de la volonté politique du Maire. Les habitants viennent y chercher une réponse à leurs problèmes, et mesurer la réalité de l'engagement du Maire vis à vis d'eux, quelle que soit la question à traiter ou le domaine de compétences requis.

La mission du CCAS envers les habitants de la commune est :

- d'accueillir l'ensemble des usagers potentiels de l'action sociale ;
- de faire valoir leurs droits.

L'attente du public, quelque soit le sexe, l'âge, la difficulté, est d'être reconnue en tant que personne singulière, formulant une demande spécifique. Cette mission nécessite un service d'accueil organisé, permanent et adapté, basé sur la compétence de l'agent. Un accueil de qualité pour l'ensemble des citoyens de la commune doit :

- privilégier un espace de dialogue et de confiance pour garantir la discrétion, le respect et l'altérité de la personne ;
- permettre une réponse qui dépasse les clivages administratifs habituels ;

---

<sup>29</sup> Décret du 6 mai 1995, dans Guide pratique du CCAS, édition Weka  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010



- prêter une attention particulière envers les personnes fragilisées.

La mission du CCAS est polyvalente et transversale. Il s'agit d'accueillir, d'accompagner les personnes vers les différentes administrations et institutions du secteur, avec le souci d'explication, de cheminement (idée de parcours), et idéalement de mise en cohérence. Le CCAS joue un rôle de pilier en matière de renforcement du lien social et des solidarités qui tendent à s'amenuiser, et de prévention des risques sociaux.

#### **1.3.4 L'Ehpad**

Les établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, quel que soit leur statut juridique actuel ou leur appellation, doivent respecter la réforme des EHPAD : loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, modifiée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 ; ainsi que la réglementation applicable aux établissements médico-sociaux (loi de 2002 rénovant l'action sociale). Les décrets de 1999 et 2001 instaurent une tarification ternaire et créent un budget « dépendance » pour répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée. Cette prestation n'existait pas dans la tarification binaire, composée du budget hébergement (gîte et couvert), et du budget soins lié au traitement des pathologies ou de la perte d'autonomie. Elle correspond hors soins au surcoût hôtelier et résulte :

- d'interventions logistiques supplémentaires (lingerie, ménage...) liées au soin d'entretien, de continuité de la vie, d'hygiène et de confort,
- de prestations relationnelles et d'aide à la vie quotidienne contribuant à la préservation de la capacité d'autonomie restante des personnes.

Ces diverses prestations sont liées à la dépendance domestique sociale et relationnelle, et sont fonction du niveau de dépendance évalué en référence à la grille Aggir.

L'Ehpad est une institution qui accueille une ou plusieurs typologies de personnes âgées selon la demande locale et le projet de l'équipe de Direction :

- de tous niveaux de perte d'autonomie physique ne souhaitant pas rester à leur domicile,
- en perte d'autonomie psychique ne pouvant plus rester à leur domicile.

#### **L'Ehpad doit faire face à 3 missions :**

**1) Mission de qualité de vie quotidienne :** il doit offrir aux résidents tous les éléments d'hôtellerie et d'accessibilité permettant d'assurer une vie quotidienne agréable dans le respect de leurs rythmes de vie, de leur intimité et la possibilité en fonction de leurs goûts et de leurs désirs de participer à une palette d'activités organisées.

L'organisation mise en place par l'équipe de Direction doit permettre à chacun de conserver son intimité et que la vie collective soit acceptable pour tous (sectorisations diverses, dont unité Alzheimer pour des déments valides et perturbateurs pour la

collectivité et dont la gravité des troubles ne relève pas d'une unité psychogériatrique hospitalière).

**2) Mission d'aide à la vie quotidienne** : améliorer l'autonomie, à défaut soutenir, accompagner. L'Ehpad a pour mission d'offrir à chaque résident les aides requises pour tous les actes essentiels de la vie quotidienne et de la vie domestique et sociale.

Un projet de vie doit être établi afin de permettre à chaque intervenant professionnel de connaître les besoins et le niveau d'aide de chaque résident.

**3) Mission de soins médicaux** : sous le contrôle du médecin coordonnateur garant de l'adéquation des moyens aux besoins, l'établissement assure des soins médicaux et techniques. Il s'agit de soins chroniques (assurer la sécurité de la prise en charge médicale dont les médicaments), et paramédicaux des pathologies chroniques stabilisées des résidents, ainsi que de soins aigus temporaires, palliatifs ou terminaux.

En fonction des désirs de la personne, de la lourdeur de ceux-ci, de la sécurité pour le malade, des types de moyens requis, de l'organisation de l'Ehpad, celui-ci peut éventuellement assurer, avec le double accord préalable des médecins généraliste et coordonnateur, des prises en charges médicales et paramédicales rapprochées avec l'aide éventuelle d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD).

Je constate pour ma part que :

- les personnes âgées veulent vieillir chez elles, pas en Ehpad ou elles souffrent également de la solitude. Quand le maintien en foyer devient impossible, comment les accompagner vers cette éventualité, maintenir le lien social pour réduire l'isolement et dédramatiser l'admission en Ehpad ?
- Les prises en charge des intervenants extérieurs (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes...) sont difficiles à coordonner et les besoins de la personne sont secondaires. L'Ehpad n'est pas considéré comme un substitut du domicile, c'est l'occasion d'optimiser les actes en un seul lieu en fonction de leurs seules priorités.
- Le mode de prise en charge (domicile ou maison de retraite/hôpital) est trop binaire. Les familles manquent d'informations, sont souvent désarmées face à la dépendance et très peu de médecins de cette ville âgée, savent évaluer la dépendance ou conseiller les familles, qui les perçoivent pourtant comme personnes ressources.
- Le peu de collaboration entre services du CCAS, la faible culture de prévention du risque, ne permettent pas d'anticiper les situations critiques. Comment s'organiser pour prévenir les situations délicates, tirer profit d'une coordination interne et communiquer avec les acteurs externes dans le but d'être bientraitant ?
- Le retour d'hospitalisation est souvent délicat : résident guéri mais grabataire, manque d'information pour assurer la continuité de la prise en charge. Comment perméabiliser le sanitaire et le médico-social, préserver l'autonomie du résident et la continuité des soins adaptés à ses besoins ?

Le projet de l'Ehpad date de 2003 et l'ouverture de 38 lits fin 2010, est l'occasion d'imaginer une politique de prévention et de coordination mieux adaptée au public et à la mission du CCAS . Il faut prévoir dans un nouveau projet pour l'Ehpad :

- d'intégrer les besoins de la population dépendante dont le maintien à domicile est impossible, à partir de l'ABS de 2009,
- de le positionner en aval dans un réseau sous convention avec un service d'HAD et avec l'hôpital de la commune, afin de préserver la qualité de vie et l'autonomie,
- de coordonner en amont le parcours des usagers des services à domicile du CCAS et du foyer logement, par l'étude des situations préoccupantes des usagers par service,
- de développer un projet d'animation commun avec le foyer (dédramatiser la continuité du parcours, améliorer l'image de l'Ehpad, mutualiser et coordonner l'animation pour plus de cohésion et donc de lisibilité...),
- de faire travailler l'équipe cuisine et les agents des structures sur les besoins alimentaires et les goûts des personnes âgées hébergées.

### **1.3.5 Le Foyer logement ou Ehpa**

Le foyer logement est une structure d'hébergement pour personnes âgées autonomes et valides souhaitant une vie collective. Il s'agit d'un groupe de logements individuels assortis d'équipements ou de services collectifs (restauration, blanchissage, infirmerie, animation...) dont l'usage est facultatif. C'est un substitut au logement d'origine.

Depuis la Loi 2002-2 le « logement foyer » correspond à l'appellation « établissement d'hébergement pour personnes âgées »(Ehpa). Il a toute sa place dans la planification gérontologique pour une offre diversifiée répondant à des besoins multiples. De fait, il accueille les plus de 60 ans dont le Gir est de 5 ou 6. La vocation initiale est et demeure d'offrir aux personnes âgées autonomes à revenus modestes un habitat collectif. Le loyer est à la charge des personnes âgées qui peuvent bénéficier d'une aide au logement et de l'aide sociale.

Les logements foyers ont vocation à assumer la continuité entre le domicile et l'Ehpad. A ce titre, ils bénéficient d'un forfait soin courant pour l'embauche de personnel soignant dont le rôle est de prévenir, soutenir et accompagner la personne âgée.

Une enquête 2003/2004 a montré que dans les logements foyers, 60% des personnes étaient en GIR 5 et 6 ; 26% en GIR 3 et 4 et 14% en GIR 1 et 2<sup>30</sup>.

Les personnes âgées qui refusent l'idée de vivre en Ehpa sont contraintes soit de changer d'avis, soit d'adapter leurs logements, soit de recourir à l'aide au maintien à domicile. Quant aux personnes à faible revenus et seules, l'Ehpa reste attractif.

<sup>30</sup>

Colloque Fnadepa du 19/03/2007, site [www.Fnadepa](http://www.Fnadepa)

Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

### **Les enjeux de la réglementation Ehpa**

Géré en majorité par des CCAS, l'Ehpa n'est généralement pas médicalisé, tant au niveau du personnel que des locaux.

Un projet de loi en préparation remplacerait le forfait soin par un forfait « autonomie ». Il permettrait des activités thérapeutiques et un soutien social, grâce notamment au recrutement de personnel paramédical (ergothérapeute, kinésithérapeute). Mais la question de l'attribution de ce forfait aux établissements dont le GMP est inférieur à 300 reste posée. La suppression pure et simple du forfait signifierait, d'une part des dysfonctionnements graves dans les structures ne disposant plus alors de moyens pour maintenir l'autonomie, d'autre part des licenciements de personnels soignants.

Je dispose d'une aide-soignante dont la fonction a glissé, dans le temps, vers l'animation, et d'une directrice, infirmière de métier, qui se positionne en soignant plus qu'en dirigeant, ce qui impacte le fonctionnement et les relations avec les résidents comme avec les agents.

Dans le contexte, le public cible et futur de l'Ehpa sera peu fortuné, voire en situation antérieure de précarité et bénéficiaire de l'aide sociale. Ce public est cohérent avec la mission du CCAS et la politique actuelle de faible loyer. Mais le contexte économique, de par l'augmentation des loyers et des prestations (restaurant, animation..), est en train d'en réduire l'attractivité. La question est alors selon moi : quel est le positionnement futur de cet établissement dans l'offre hébergement du CCAS ?

### **Le sort de l'Ehpa**

Il est lié aux sorts du maintien à domicile et de l'Ehpad. Le nombre de domiciles adaptés et les offres similaires à l'Ehpa s'accroissent et obligent les gestionnaires à repenser leur positionnement en termes de service à la population. Cette réflexion doit éclairer la stratégie d'adaptation de notre métier aux enjeux de ces structures dont le public et les offres concurrentes sont en train d'évoluer. L'Ehpa est un outil de citoyenneté, de partage et d'intergénération. Comment faire pour s'adapter en même temps aux besoins nouveaux et survivre face aux formes nouvelles de concurrence ?

Les valeurs communes des logements foyers, malgré la grande hétérogénéité des structures sont : logement indépendant, vocation sociale, sécurité, prévention de la dépendance et services en option. L'OPAC, propriétaire unique du parc en Savoie, reste très attaché à cette forme d'offre d'hébergement, mais participe peu à la réflexion sur le devenir : perspectives d'évolution, modernisation du parc, modification des usages.

Une fois l'an, l'Ehpa doit effectuer le «girage» des résidents avec l'aide de l'équipe médico-sociale du Conseil général. A ce jour, ce travail est effectué sur dossier, entre le médecin coordinateur de l'Ehpad et la directrice de l'Ehpa. Cette mutualisation, d'un usage commode pour le résident, m'interroge car l'Ehpa échappe à une forme de contrôle des services d'évaluation du département et s'isole.

L'Ehpa est en proie à des crises régulières entre ses acteurs. Des résidents ont des troubles intellectuels et de l'hygiène incommodes. Faute de dépistage organisé des pathologies du grand âge, la convivialité du groupe est menacée par le comportement de quelques uns, ce qui déclenche des conflits entre eux. Faute de convention avec un service HAD, l'Ehpa ne peut organiser et coordonner l'aide à la qualité de vie et contribue au cloisonnement du sanitaire et du social. Les retours d'hospitalisation sont délicats, la coordination avec les services d'aide à domicile est faible, ce qui dégrade l'ambiance et remet en cause la directrice qui est confrontée en permanence aux besoins hétérogènes de 80 personnes. Alors que d'anciens locataires du foyer vivant à l'Ehpad le souhaiteraient, l'animatrice du foyer coordonne rarement ses activités avec celles de l'Ehpad, ce qui exclut l'Ehpad du parcours de vie. Avec un public précaire et de moins en moins autonome, se posera la question de la compétence des dix agents hôteliers ou de service, à ce jour insuffisamment formés à la relation au public. Enfin, la directrice doit posséder de multiples compétences qui submergent son métier originel d'infirmière.

Le CCAS achève la transformation en Ehpad du second foyer logement (500 lits humanisés en Savoie). Pour une transformation (le mot n'est pas trop fort) réussie, il aurait fallu à l'époque décliner toutes les étapes à mettre en œuvre pour préparer et conduire les équipes vers cet objectif. Il s'agit d'accueillir une population différente en termes de besoins, et pour la direction et les équipes, d'accéder à de nouveaux métiers sous tendus par une nouvelle organisation intégrant la cuisine. Mon rôle sera d'aider à recentrer l'Ehpa entre domicile et Ehpad pour améliorer la lisibilité du pôle « hébergement » et dédramatiser la vie en établissement.

### **1.3.6 La cuisine centrale**

Le service cuisine occupe un bâtiment de l'Ehpad et fait partie du CCAS ; il ne parvient pas à adapter sa production aux exigences du public accueilli dans les deux établissements. Conséquences : beaucoup de repas jetés à l'Ehpad, un glissement coûteux vers les compléments nutritionnels et une perte d'autonomie à la prise du repas, le mécontentement des professionnels et des résidents les plus valides.

A la baisse de qualité, s'ensuit la baisse de production, qui entraîne un déficit de recettes conjugué à l'envolée spéculative des tarifs des aliments fin 2008. La contre-mesure du CCAS est d'augmenter le tarif repas début 2009, ce qui renforce le mécontentement des

convives et la perte de « clients » ; le chef de production responsable de la qualité est remercié et non remplacé. A ce jour le chef du service cuisine, dévoué, a pris la place du chef de production et une secrétaire lui est adjointe pour l'administration et les achats. Ce service est en difficulté selon la direction du CCAS, du fait des compétences de management et des capacités d'anticipation du chef de service sur son équipe. Cependant je constate que le statut du chef est celui d'un agent de catégorie « C ». Opéré en 2008, le choix du profil de recrutement me semble insuffisant pour le poste et face aux enjeux du service. Avec une réflexion plus globale, ce service aurait pu être positionné dans son contexte s'il existait un projet social du CCAS.

A ce jour, ce service ne répond plus à l'exigence de qualité attendue : l'individualisation croissante des repas des résidents dépendants (mixé, semi mixé, repas sans fibre ou sucré pour l'unité Alzheimer...). La faible présence d'une diététicienne ne semble pas suffire à adapter les repas au public, faute de compétences en nutrition du public âgé. Son recrutement opéré en 2008 sans un profil de poste complet ne fut pas l'occasion d'approfondir les besoins et enjeux futurs du service. L'absence d'organisation d'instance de concertation entre nos services, les difficultés de livraisons, font que les cuisiniers adaptent leur production à leur seule problématique. Une commission repas annuelle est réactivée fin 2009 pour calmer les esprits. Les bénéficiaires y participent mais se plaignent de la fréquence et du délai d'affichage du compte rendu par ailleurs peu fidèle...

Ce service fournit une prestation par habitude et selon ses contraintes. Le management inadapté et la méconnaissance des besoins du public malgré le dévouement du chef de service, dévalorisent le travail d'une équipe par ailleurs isolée.

### **1.3.7 Les services du maintien à domicile**

La prise en charge du public âgé recouvre à la fois des aides à la vie quotidienne et une offre de soins. Composés du SAD et du SSIAD, mon rôle consiste au sein du CCAS à créer des passerelles entre le domicile et l'établissement en fonction des besoins des personnes au cours de leur vie. Actuellement les rares collaborations s'imposent en cas d'urgence médicale ou sociale. La prise en charge à domicile devient complexe et l'injonction est faite de placer la personne pour sa sécurité (dixit la famille, les professionnels ou le médecin) !

Je constate pourtant que la situation antérieure dans laquelle se trouvait le sujet est souvent connue. Faute de coordination inter services, de psychologue à l'Ehpad pour accompagner cette rupture d'univers anxiogène, plus de la moitié des entrées se fait dans l'urgence pour le bénéficiaire et sa famille. La rupture d'avec le domicile est d'autant plus anxiogène pour le sujet qu'il n'y est pas préparé. A l'avenir, dépister les bénéficiaires dont

la dépendance complexifie la prise en charge permettrait d'anticiper son parcours avec lui et de mieux le coordonner.

Le SSIAD a pour chef de service depuis longtemps une infirmière (agent de catégorie B). Dépassée par les enjeux et ses difficultés à gérer l'équipe et la croissance du service, elle fait le constat lucide de son manque de compétences et souhaite travailler à l'Ehpad comme simple infirmière. Manifestement la gestion des emplois et des compétences au CCAS ne permet pas d'accompagner le changement ou de répondre aux exigences du secteur médico-social. Les services sont compartimentés et l'utilisateur n'est pas au centre du dispositif CCAS. Le départ de ma collègue est l'opportunité de définir la coordination avec l'Ehpad et de contribuer au parcours de la personne.

### **Conclusion diagnostique :**

Le CCAS est dans « le faire quotidien » et ne parvient pas à se projeter. L'affluence des besoins de la population ne connaît pas de limitation de la réponse de ses services, sans doute à cause de la culture « service public » des collectivités. Les agents manquent de connaissances et d'outils face aux besoins croissants des publics. Ils sont insuffisamment accompagnés par leurs responsables, cantonnés à répondre plutôt qu'à anticiper.

L'augmentation de la dépendance à l'admission en structures, les besoins alimentaires des personnes âgées ... n'ont pas été mis en débat avec les professionnels de terrain lors de l'ABS, et le plan de formation est centralisé par la DRH de la Mairie. Les priorités du secteur médico-social sont mieux perçues à travers les problématiques administratives de la collectivité territoriale, et le CCAS n'a pas d'identité propre alors que selon moi, son public, sa mission, l'y obligent. Faute de management participatif et surtout de projets de services, chaque unité est compartimentée et travaille sans anticiper. Le manque de coordination institutionnelle autour des besoins de la personne âgée rend son parcours incertain et dévalorise l'offre pourtant complète du CCAS. Son action est décousue, donc peu lisible par les familles et les élus qui attendent clarification et rationalisation.

Cette politique, qui a le mérite de traiter les sollicitations, engendre une désorganisation constante, empêche de fluidifier la collaboration inter-services et institue la crise en mode de régulation. L'organisation devient maltraitante envers ses professionnels, et le nombre de journées d'arrêts maladie au CCAS le prouve. Il y a malaise, incompréhension de l'action et érosion de l'engagement. Actuellement, faute de projet social du CCAS et sans objectifs en direction du public âgé, je ne peux que constater et faire le bilan du fonctionnement. Comment passer du constat et sa logique de bilan, à l'évaluation et sa logique de résultats pour que chaque responsable y contribue par l'action de son unité ?

Pour changer de logique, je communiquerai sur nos missions : « Accueillir, soigner, soutenir et accompagner », avant de clarifier les objectifs à atteindre et de déterminer le plan d'actions. Puisque le projet par unité est à écrire ou à adapter, la marge de progression existe à l'Ehpad, en cuisine et à l'Ehpa. Changer de logique de fonctionnement, c'est l'enjeu de la démarche de contribution collective, à laquelle les unités qui me sont confiées doivent répondre avec mon appui. Pour cela, je dois donner aux agents les clés communes de compréhension du public (l'objectif est de s'écarter de la vision biomédicale et affective de la personne âgée, faute de compétences), et aux responsables les outils d'une pratique mieux adaptée. A terme, je souhaite que tout agent puisse saisir l'avantage d'un travail décroisé autour de l'usager pour éviter le stress de l'urgence. Pour l'atteindre je préconise, à partir des besoins des agents et de la mise en conformité des pratiques : de s'inscrire dans une logique de parcours professionnel de



formation, lui-même transposable au parcours du public accueilli. Ainsi conditionnée, l'organisation prend soin de ses agents, et des professionnels mieux formés sont bien traités avec le public accueilli, famille comme résident. Reste la coordination que justifie l'urgence.

Pour créer l'entité de « pôle hébergement », il faudra élaborer avec l'élu du secteur et les agents un projet commun. C'est la possibilité d'une action concertée, dont le sens est mis en débat et que l'élu portera pour plus de lisibilité. L'objectif est de coordonner les services autour du parcours de l'utilisateur. Mais avant d'aboutir au projet de pôle, il y a des étapes à franchir, des opportunités à saisir, des connaissances à partager pour que cette évidence à venir se construise plutôt qu'elle ne s'impose et soit rejetée mollement.

C'est pour introduire dans la seconde partie les notions du « vivre chez soi et de l'accompagnement », que j'ai insisté en première partie sur les « besoins de la personne âgée » : afin de transposer ces concepts à la vie en collectivité et répondre à l'objectif de bien-être. D'autre part pour répondre à la demande des élus de rationaliser, et pour libérer et lire le parcours du bénéficiaire : j'aborderai la notion de coordination inter services et de travail en réseau, avant de finir par la conduite de projet et le management.

Pour mener ce changement de culture et d'organisation qui prendra plusieurs années, j'appuierai mon action en troisième partie sur : l'organisation de passerelles avec les autres services du CCAS et les partenaires externes ; un plan de formation et de recrutement pour élever les compétences utiles à la compréhension des situations, et outiller les pratiques des équipes et des responsables d'unités.

Ces problématiques appellent plus de cohésion des acteurs et de lisibilité envers les aînés hébergés par le CCAS. L'organisation pour être « bien traitante » avec le public accueilli doit être cohérente, préventive et prendre soin des professionnels qui l'animent. Cette mise en œuvre doit respecter les exigences réglementaires et la mission de prévention d'un CCAS, ce qui interroge notre culture foyer logement (personne âgée valide et citoyenne). L'ABS renforce ces constats, ce qui implique un positionnement différent des professionnels et une conduite du changement que le CCAS me demande d'animer. Comment passer d'une culture de la prise en charge à la prise en considération et permettre à l'utilisateur de rester acteur le plus longtemps possible ?

## **2 Seconde partie Les concepts clés de l'accompagnement et du parcours coordonné : vers un changement de repères.**

Les pratiques professionnelles reposent inexorablement sur des valeurs et des perceptions multiples et chaque mot résonne différemment pour chacun des agents. « La valeur est la manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaît comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou les conduites auxquels elle est attribuée<sup>31</sup> ». « La dépendance notamment est un concept multidimensionnel. Il y a plusieurs sortes de dépendances : mentale, physique, sociale, économique, cognitive...<sup>32</sup> ».

### **La dépendance vieillesse**

« Notre société occidentale renie la vieillesse, sa sagesse. Elle voit la vie comme une lutte ... où les vieux, les plus faibles, les moins productifs n'ont plus leur place. Cette notion de lutte devrait être abandonnée. J'ai à lutter pour les autres, avec les autres, mais contre eux, cela ne présente aucun intérêt<sup>33</sup> ». L'individualisme contemporain fait que « être dépendant des autres est perçu comme une régression vers un état de faiblesse et d'anxiété que l'individu a intériorisé de façon négative ». Le fait d'être retraité induit pour certains que l'on n'est plus « producteur économique » mais dépendant socialement, et c'est par la perte de ce pouvoir social que l'on devient dépendant des autres pour la reconnaissance de ses droits. La représentation de l'âge évolue selon les normes que se donne une société, mais un individu devient vieux quand il décide de l'être, quand il n'a plus d'objectifs ou de choses à accomplir. C'est donc une question d'attitude et de volonté avant tout. Il vaut mieux se surprendre à dire « je vis au présent avec une possibilité d'avenir, cela dépendra de moi<sup>34</sup> », plutôt que d'obéir à une vision libérale qui ramène l'humain à une valeur de production économique. « Ramener la valeur des gens à leur capacité de créer du bonheur autour d'eux serait plus productif<sup>34</sup> ». Le bonheur agit comme un médicament, la souffrance abîme et n'est en rien rédemptrice, par contre elle vous fait perdre toute dignité à cause de la douleur ressentie.

C'est la dignité de la personne qu'il faut préserver dans la qualité d'accueil institutionnel. Il faut apporter une vision « projet » pour donner sens à l'avenir et ainsi contribuer au bonheur de vivre. Il devrait exister un indicateur « bonheur » pour estimer la qualité du service rendu auprès des personnes âgées en institution. Après tout, il existe bien une

---

<sup>31</sup> Rocher.G Introduction à la sociologie générale, p.72, dans Pratiques professionnelles en gérontologie, Dunod; p.1108

<sup>32</sup> B.Ennuyer, Les malentendus de la dépendance, p 66

<sup>33</sup> Albert JACQUARD Revue Largeur.com, généticien et essayiste, 23/12/2008

<sup>34</sup> Albert JACQUARD Largeur.com, généticien et essayiste, 12/2008, vieillesse et maladie

échelle de la douleur au service des soignants, alors pourquoi pas une échelle du bonheur au service de la comparaison interinstitutionnelle ?

L'autre représentation de la dépendance vieillesse, drainée par le rapport Laroque est médicale, comme évoqué en première partie. Le vieillissement n'est pourtant pas une maladie : c'est une fragilisation par rapport à l'éventuelle survenue d'une pathologie.

Les raisons pour ne pas admettre que le vieillissement est une maladie sont nombreuses. Ce qui différencie le vieillissement des maladies sera abordé dans l'accompagnement sous l'angle de la fragilité.

A cause des multiples dimensions de la dépendance, variant elles-mêmes en fonction du contexte dans lequel elle est utilisée, et comme je recherchais plutôt un concept pour rééquilibrer la relation entre professionnel et usager, au premier chapitre j'ai préféré aux déclinaisons de la « dépendance » faire référence aux principes « d'accompagnement » de la personne âgée, plus pratique à mon sens s'agissant de faire converger les comportements des professionnels des trois unités. L'intérêt d'accompagner est d'une part de « faire avec, et ensemble », et d'autre part de s'éloigner de la « dépendance » dont la connotation sociale est négative et trop biomédicale selon moi.

Le second chapitre devait alors naturellement outiller le sens du mot « parcours » et renforcer l'accompagnement de la personne. Il faut donc une réelle « coordination » entre services du CCAS, et activer le « réseau » pour mettre en valeur le parcours transversal de la personne. Ainsi, pour un fonctionnement en réseau centré sur le bénéficiaire, je présume que la personne bénéficierait d'un accompagnement adapté à ses besoins dans le cadre d'un ensemble plus vaste d'intervenants à coordonner. Mon souhait à terme est de faire « communauté d'intérêt autour de la personne âgée ». Conscient des difficultés pratiques pour que fonctionne un réseau, et de la qualité de ceux qui s'y sont essayés avec plus ou moins de bonheur en quarante ans, mon ambition reste modeste.

Pour finir, ces concepts étant nouveaux pour les agents et les responsables de services dont j'ai la charge, j'ai besoin d'appuyer ma démarche, qui durera quelques années, sur des outils et concepts de management et de conduite du changement. En effet, face aux enjeux de la grande dépendance auquel le CCAS est confronté ; face au retard pris en terme de professionnalisation des agents, en regard de l'évolution des besoins et de la double culture qui sous-tend l'action quotidienne : il est nécessaire pour la cohésion de l'organisation, de travailler les freins naturels pour en faire des leviers et accompagner (c'est bien mon rôle) les équipes, vers les concepts d'accompagnement de la personne âgée, et de coordination des actions pour que se dessine le parcours de l'usager.

La bientraitance<sup>35</sup> est une forme d'action de chacun (chaque professionnel) et de tous (service, établissement), pour promouvoir le bien concret de chaque individu accompagné, tout en en gardant à l'esprit les risques possibles de maltraitance. La bientraitance n'est pas l'absence de maltraitance, ni sa prévention. C'est à la fois une intention positive (aller vers le mieux pour une personne) et un/des acte(s) concret(s) pour réaliser cette intention. Au cas par cas, en fonction de l'individu accompagné et du projet de l'établissement, l'idée de bientraitance doit guider la mise en place d'échanges, d'activités, de rencontres répondant au mieux aux besoins de cette personne. La bientraitance demande donc des échanges entre toutes les parties prenantes, c'est à dire : institutions, professionnels, usagers, familles et proches, bénévoles etc...

Les piliers incontournables pour instaurer une politique de bientraitance :

- Respect de la personne, de son individualité.
- Nécessité d'un cadre clair.
- Respect des choix de la personne et développement des possibilités de décision.
- Questionnement sur la justesse des actes par rapport aux besoins.

Ces objectifs sont réalisables si le but est de recréer comme à domicile, un espace de souveraineté, là où ses habitudes et choix permettent au résident de se projeter, d'être en sécurité et de recouvrer un équilibre psychique qui contribue au maintien de l'autonomie.

## **2.1 La recherche de la qualité de vie de la personne âgée.**

Définition de la qualité<sup>36</sup> : caractéristique de nature bonne ou mauvaise, d'une chose ou d'une personne.

La qualité de vie n'aurait pas la même pertinence selon que l'on parle de vie à domicile en référence aux conditions de vie et modes de vie, ou de vie en établissements en référence à des critères mesurables entre établissements. Le plan « bien vieillir » a pour objectif d'améliorer la qualité de vie à domicile par l'adaptation du logement ...

L'approche de la locution « qualité de vie »<sup>37</sup> de type synonymique renvoie à : besoins, attentes, désirs, bien-être, aspirations, satisfaction ; mais également à : cadre de vie, mode de vie, projet de vie, habitudes de vie.

Je choisis d'aborder ces différents aspects à travers le concept d'accompagnement (de qualité), et à partir de la référence au « chez soi » compte tenu que la qualité de vie institutionnelle est avant tout pour la personne âgée en référence à ses habitudes de vie,

<sup>35</sup> Bientraitance, site [www.AFBAH.org](http://www.AFBAH.org)

<sup>36</sup> CNRTL.fr, portail lexical, CNRS

<sup>37</sup> Selon J.J Amyot, Pratiques professionnelles en gérontologie, Dunod, p.1101

à son cadre de vie. L'intérêt est de sortir des critères qualitatifs professionnels et de repositionner ceux de la personne accompagnée « au centre de nos préoccupations », en se basant sur sa conception du « vivre chez soi », en rupture avec celle des soignants. L'objectif est d'assimiler « qualité de vie » à une expression forcément individuelle du « bonheur » qui se différencie du plaisir (superficiel et limité) en ce qu'il reflète une tonalité globale de satisfaction personnelle.

### **2.1.1 La notion de « chez soi » pour une personne âgée**

Bien que la tendance politique soit au maintien à domicile depuis le rapport Laroque de 1962, il n'est pas toujours possible d'assumer ce choix quand on devient dépendant d'une aide régulière dans les actes de sa vie quotidienne. En effet, le maintien à domicile et la dépendance occasionnent « une perte plus ou moins graduée de ses libertés de choix dans ses habitudes de vie »<sup>38</sup>. La personne âgée aidée à domicile va être confrontée à :

- une intrusion dans sa sphère personnelle, son « chez soi » ;
- une perte de liberté de choix : en termes d'habitudes, d'aménagement intérieur ;
- l'envahissement de son espace psychique.

Ce mouvement intrusif dégrade à la longue, le sentiment d'être maître chez soi, perturbe la personne âgée par les choix multiples à opérer (organisation due à l'interventionnisme externe), et par la transformation progressive de ses repères et du rythme de vie où de passage qui va lui être imposé, dans son intérêt ! D'une certaine manière, la personne va en devenir « dépendante » au sens où elle ne pourra plus s'en passer, car ces intrusions vont devenir souhaitées à cause de la rupture du sentiment de solitude qu'elles procurent. Le domicile n'est plus le lieu où l'on est maître chez soi mais un lieu de passage.

Définition de domicile : (du latin domicilium, domus : maison) lieu d'habitation, demeure ordinaire d'une personne. Lieu où la loi présume qu'une personne se trouve pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs<sup>39</sup>. Issue du latin, la définition précise bien que l'on est le maître chez soi au sens juridique du terme.

« Dans son domicile, l'habitant a le sentiment d'être souverain, d'exercer un droit d'usage sur un territoire qui lui est propre. L'emboîtement de la souveraineté, de la durée et de la légalité qui font du domicile le symbole de l'inscription sociale de l'habitant, en fait aussi le repère principal de son identité sociale, dont la perte est ressentie comme une chute hors du champ social légitime, dans les marges de la société<sup>40</sup> ».

---

<sup>38</sup> B.Ennuyer, *Gérontologie et société* N° 131, décembre 2009, Quelle marge de choix au quotidien quand on a choisi de rester à domicile ?

<sup>39</sup> Dictionnaire Larousse

<sup>40</sup> Serfaty-Garzon, 2003, *Gérontologie et société* N° 131, 2009, p. 65, extrait de « Chez soi - les territoires de l'intimité ».

Le fait de ne plus être chez soi dégrade ces notions identitaires, renvoie à la perte de ses droits, de son autorité. C'est une forme de déchéance de sa sphère intime, privée, qui pousse à se retrancher hors du champ des convenances et de la dignité pour n'exister qu'à travers le regard des autres, leurs interventions, leurs horaires et non plus les nôtres. Le fait de ne plus avoir le sentiment de s'appartenir, d'être déchu de son autorité chez soi, lorsque l'on doit donner sa clef à une infirmière,...à sa belle fille, est vécu comme une agression de notre entité au début, et comme une violence faite à nos habitudes et donc aux libertés qui nous définissent comme citoyen. B.Ennuyer caractérise le domicile comme « lieu d'inscription sociale collective et individuelle et comme l'identité psychique fondamentale de la personne »<sup>41</sup>, ce dont les agents n'ont pas forcément conscience.

### **Le domicile, entité source d'enjeux**

Cette dimension est donc sous-estimée dans la construction, le maintien de notre personnalité et de notre identité. «Le domicile n'est pas seulement un espace objectif concret, défini par ses caractéristiques matérielles... Il possède une dimension imaginaire, c'est un espace investi de significations, de valeurs, de sentiments, de représentations, de symboles relevant de la subjectivité la plus absolue de chaque habitant <sup>42</sup>».

Le domicile est un lieu de construction intime de soi à l'abri des influences étrangères du dehors qui peuvent être hostiles. L'accessibilité des autres à cette intimité permet d'accéder physiquement et psychologiquement à la sphère intérieure, sécurisée, de l'individu. D'où l'importance de la « porte d'entrée fermée » et « des horaires de passages », qui posent problème à la personne aidée qui veut pouvoir encore décider (soverainement) de quand et de qui, pénétrera son intimité.

Le professionnel ne comprend pas toujours que la personne âgée (qui n'a rien d'autre à faire de sa journée que d'attendre sa visite pour le soin), fasse obstruction à sa venue, surtout qu'il lui reste encore plusieurs toilettes à donner... Il en est de même lorsqu'un résident arrive systématiquement en retard au repas ou refuse « d'aller à l'animation » ... Dorénavant, on peut comprendre les difficultés engendrées par la dépossession du choix fondamental d'accepter qui rentre chez soi, où de descendre manger à l'heure dans un établissement. D'ailleurs il est fréquent en établissement où à domicile, que certaines pièces placard ou tiroirs, soient interdits d'accès à l'aidant. Il en va de même pour les objets qui représentent une extension de soit en ce qu'ils incarnent nos choix, notre vie. C'est une façon de maintenir un espace de droits et d'obligations, de souveraineté, son

---

<sup>41</sup> Gériologie et société N° 131, 12/2009, p. 66

<sup>42</sup> E.Djaoui, Gériologie et société N° 131, p. 65, Le domicile comme espace psychique, Doc. CLEIRPPA, cahier N ° 21, 2006,

intimité. « Cela fait partie des choix de la personne de ne pas laisser envahir son espace intime par les intervenants du quotidien<sup>43</sup> ».

### **De l'aménagement du domicile, au ménagement de la personne**

L'activité des aidants au sein d'un domicile bouleverse inévitablement l'ordre qui y règne, invisible pour un étranger. L'installation d'un système d'appel malade oblige à déplacer tel objet ou à remettre « de l'ordre » sur tel meuble pour le rendre accessible... et personne, hormis celui qui n'est plus maître chez lui, ne perçoit le désarroi que provoque cette intrusion dans l'organisation, l'aménagement et le classement des objets de cette pièce.

Les objets participent à la conservation de la mémoire tant collective qu'individuelle. Ce sont des micro-choix de la vie de la personne qui retracent son quotidien, animent ses souvenirs et sécurisent son identité dans la durée et l'espace de la maison. Une personne dont la capacité à exister par elle-même est altérée par la vieillesse va continuer à exister à travers ses objets. La construction, le choix, l'agencement des objets constituent autant d'actes souverains de la personne et ils expriment sa liberté de choix, ses goûts, ses croyances. Il s'agit d'actes identitaires indissociables de son être...

« Les choses ne sont pas seulement des choses, elles portent des traces humaines, elles nous prolongent...<sup>44</sup> nos objets de longue compagnie ne sont pas moins fidèles... que nos animaux ou les plantes qui nous entourent. Chacun a son histoire et une signification mêlées à celles des personnes qui les ont utilisés et aimés. Ils forment ensemble, objets et personnes, une sorte d'unité qui ne peut se désolidariser sans peine.»

« On mesure là, l'importance des objets pour la continuité de l'identité d'une personne qui se sent menacée dans son image personnelle par une dégradation physique ou psychique...<sup>45</sup> », et il est parfois compliqué de faire comprendre aux soignants en Ehpad, combien ces choses insignifiantes à nos yeux, sont importantes pour leurs propriétaires.

### **Le choix de son habitat**

Changer de domicile est souvent synonyme de déracinement profond ; on le voit avec les curistes qui décident pour la retraite de s'installer à Aix-les-Bains sans mesurer toute la portée de l'acte à quinze ou vingt ans. Les motifs du changement sont personnels et tous ne sont pas égaux face aux conséquences que cela engendre. Ceux qui n'ont pas le choix financièrement, demeurent depuis longtemps dans un logement devenu inadapté à leurs besoins. Souvent le choix se porte sur le lieu, le type d'habitat mais plus rarement sur son aménagement. C'est le rôle de l'ergothérapeute que d'aider à adapter l'ergonomie de la salle de bain, des sanitaires par la pose de barres d'appui, de rehausseurs...

---

<sup>43</sup> B.Ennuyer, *Gérontologie et société* N° 131, 12/2009, p. 66

<sup>44</sup> Lidya Flem, psychanalyste, dans « Comment j'ai vidé la maison de mes parents », 2004

<sup>45</sup> Op.cit. supra

A défaut d'acceptation dans le but de préserver leur espace psychique, leurs habitudes, ce seront le lit médicalisé, le fauteuil roulant et autre « gérontechnologie » qui un jour envahiront l'espace et remplaceront les objets habituels sans prévenir. Bref, c'est la maison de retraite qui s'installe à demeure sans possibilité de choix car ces équipements facilitent le travail des aidants, améliorent le confort de l'aidé et sa sécurité.

D'où l'importance de réfléchir au lieu où l'on envisage de finir sa vie, à son aménagement et d'anticiper sur la perte d'autonomie ! C'est ce qu'il faudrait envisager à l'Ehpa.

Les personnes âgées ne refusent pas de se faire aider à domicile ou en établissement. Généralement, elles refusent de se faire envahir. Elles ont besoin de recréer ou de maintenir un espace de liberté, d'intimité nécessaire à leur équilibre psychique. Il s'agit pour l'aidant du quotidien de respecter cette entité (espace et identité de l'aidé), et de mettre en place un accompagnement adapté qui rééquilibre les droits de chacun dans une sorte de contrat d'égal à égal. Rechercher cet équilibre, c'est rechercher la qualité de vie du domicile, à « habiter en Ehpad », donc à s'y reloger, à personnaliser son espace, son rythme de vie, pour continuer d'exister en citoyen de droit mais accompagné.

### **2.1.2 De la prise en charge à l'accompagnement**

Le souci de l'autre est présent dans l'ensemble des professions de santé et du social normalement. Le seul écueil est de savoir de quelle manière il est partagé car c'est ce qui va faire cohésion autour de la personne fragilisée qui déterminera la qualité, bonne ou mauvaise, de l'accompagnement. Un accompagnement est réussi lorsque les solutions sont recherchées sur la base d'un travail en commun. C'est la dynamique interne et pluridisciplinaire qui permet, à la rencontre de la personne, de nourrir la relation et d'être source d'innovation.

- Définition du mot accompagner : se joindre à quelqu'un pour le suivre ou le guider, le conduire. Les synonymes d'accompagner sont : escorter, aller avec, conduire, suivre, reconduire, tenir compagnie, soutenir, compléter, entourer, joindre, suivre (accompagner jusqu'à), surveiller, préserver, assister, secourir.

Le terme est récemment apparu dans le champ médico-social notamment à travers « l'accompagnement à la fin de vie ». Accompagner la personne âgée est devenu un concept médico-social auquel beaucoup de professionnels confrontés à la mort ont dû se former pour être plus à l'aise et ne pas nuire (antonyme d'accompagner) à la personne.



Selon J.J Rousseau dans le « contrat social<sup>46</sup> » l'accompagnement consiste en un rapport d'échanges entre la personne et la société. L'individu ayant accepté de vivre en société abandonne quelques libertés et en contrepartie, la société lui est redevable d'une organisation à la hauteur de ses attentes.

Cette conception de l'accompagnement fait ressortir quatre dimensions :

- La nécessité d'être deux acteurs (individus ou groupe d'individus sont représentés par une entité morale donc organisée) ;
- Les deux acteurs sont autonomes : libre choix des modalités de leurs échanges ;
- Le choix des acteurs est consensuel, ce qui suppose d'en dégager un intérêt ;
- Le consensus crée un système d'échanges basé sur une relation structurée autour d'une entente raisonnée et pensée en intelligence commune.

En se basant sur ces principes, la personne en perte de capacités dans le champ gérontologique a droit en retour et de la part de la société, à une contrepartie pour exister dignement. Plus qu'une logique économique, il s'agit d'une obligation morale (liée à des valeurs), mais également d'une nécessité d'équilibre de la société, avec alternance de droits et obligations réciproques qui garantissent une organisation adaptée (la plus juste possible) et sa pérennité, en même temps que l'avenir de ses membres.

En acceptant sa perte de capacités, même si la société n'en est pas forcément responsable, la personne âgée attend de la société une « prise en charge » (locution médicale) ou tout au moins un « accompagnement » (terme social, cf infra).

« En effet selon la pensée de Rousseau dans le contrat social, la dépendance de la personne âgée (dans le sens de perte d'autonomie sociale), serait due à un vice de la société qui lui doit la contrepartie sur la base d'un accompagnement ». Le contre don<sup>47</sup> de la société est assimilé à une réparation envers le sujet âgé qui subit la perte de ses rôles sociaux et une représentation déconsidérée de la vieillesse.

L'intérêt de cette approche est qu'elle nous éloigne des mécanismes de charité, de bienfaisance et de misérabilisme trop souvent liés à la dernière période de la vie ; elle installe toute la société dans les responsabilités que sont les siennes. Selon cette logique, je quitte la construction historique de la solidarité telle qu'elle a prévalu à l'émergence des bureaux de bienfaisance appelés aujourd'hui « CCAS », pour jeter les bases d'un changement culturel. Ce dernier doit servir à une organisation nouvelle basée sur le principe d'un contrat social (le projet politique et social du CCAS pour sa population), et non plus dans le rapport à l'autre basé sur la charité, le service public, de conception et finalité différentes. Les établissements gériatriques sont trop calqués sur l'organisation

---

<sup>46</sup> Le contrat social, 1762

<sup>47</sup> M.Mauss, sociologie et anthropologie, Puf 2004

hospitalière, la primeur du soin. Plus qu'un lieu de soins, il s'agit comme évoqué plus haut et comme le réclame la loi 2002-2, que le projet en fasse « un lieu à habiter ».

### **De la vulnérabilité à l'accompagnement**

Le congrès de Paris de l'assistance publique en 1889 définit la responsabilité sociale des principes d'accompagnement, et met en avant l'importance de la famille pour l'aide et le soutien qu'elle peut prodiguer à la personne âgée. L'intérêt est le déplacement de la responsabilité de la société vers un groupe d'individus. Cette culture va se développer progressivement jusqu'à mettre la famille au centre des problématiques d'accompagnement de ses membres les plus fragiles.

Dans les années 1980, sans rapport avec la vieillesse mais en lien avec l'insertion sociale et professionnelle des populations marginalisées, naît le concept « d'accompagnement social » dans le cadre de la politique de lutte contre l'exclusion sociale. La locution apparaît dans la loi de Juillet 1992 relative au revenu minimum d'insertion. La loi Besson, dans cette période, prévoit la mise en place de mesures d'accompagnement social pour le logement. Dans les deux cas il s'agit bien d'accompagner une personne en situation de fragilité ou de perte d'autonomie sociale.

Que ce soit la solitude (veuvage ou célibat) qui désagrège l'image de soi, ou la perte d'autonomie qui grignote la sociabilité ou la maladie qui affaiblit : la personne âgée commence à douter de ses capacités et recherche la sécurité et la présence de l'autre. Je crois que cette fragilité inavouable est la cause du choix volontaire de vivre en collectivité. C'est le sentiment de vulnérabilité qui prévaut à l'initiative personnelle d'entrée en Ehpa, la plupart étant des femmes, mais tous sont seuls et recherchent de la compagnie.

### **L'accompagnement**

C'est aux alentours du XV<sup>ème</sup> siècle avec la codification du Compagnonnage qu'il prend son sens. Le rôle du Compagnon est de guider l'apprenti en l'éclairant de son savoir, tout au long d'un parcours professionnel dont l'objectif est son autonomie décisionnelle. Le potentiel de l'initié à communiquer avec le dépendant (car non initié) pour lui montrer le chemin à suivre est primordial, car la notion hiérarchique n'est pas le support de leur relation, mais bien l'adhésion à « un consensus dont chaque individu tire un intérêt<sup>48</sup> ». Il s'agit d'un couple indissociable qui suit une logique de solidarité normale et obligatoire pour pérenniser le savoir et l'enrichir, sans notion de supériorité. L'apprenti d'aujourd'hui devient le Compagnon de demain.

En somme, il faut retenir que toute hiérarchie troublerait le sens même donné à l'accompagnement, ce qui donne la capacité à « l'accompagné » de refuser ou d'accepter

---

<sup>48</sup> J.J Rousseau, Le contrat social, 1762

ce sur quoi ou vers quoi il est conduit, en fonction de critères de vie (histoire, repères) personnels.

Il ne s'agit pas de « partager le pain » (cum et panem, racine latine de compagnon), ni d'assistanat ou de charité, mais de construire une relation solidaire où le partage est remplacé par la transmission non hiérarchisée de connaissances ou de comportements. Il s'agit d'une « entraide fondée sur l'équilibre entre les protagonistes ».

Appliqué à l'accompagnement de la personne âgée, la non hiérarchisation de la relation consiste à prendre en compte son potentiel. C'est-à-dire sa capacité à exprimer ses attentes et ses sentiments, et donc à assumer ses refus et ses acceptations, en lui donnant des finalités (la conduire vers son autonomie ou lui donner les moyens de la conserver). Exprimée ainsi cette dernière phrase ressemble à un contrat social entre l'hébergé et l'hôte. Il convient alors que tout agent ait une conscience commune de son rôle d'hôte, ce qui implique je crois de sortir de l'idée de « prise en charge », d'un rapport à la dignité déséquilibré, notamment à cause de la nudité qui dévalorise aux yeux de l'autre. Je constate que les liens des résidents avec les agents de service sont plus égalitaires que ceux entretenus avec les soignants. De l'avis du résident, la relation à l'agent de service s'apparente à un espace de liberté conviviale dont il est naturellement proche. A l'inverse pour le soignant qui agit sur la santé, la relation (en fait les actes) est souvent vécue comme un espace de contrainte... par le résident. Paradoxalement l'agent de service se sent dévalorisé face au pouvoir du soignant sur la santé du résident et à cause de l'obligation de diplôme (vision médicale accaparante de la vieillesse).

A ce stade de la réflexion, l'intérêt du contrat m'interroge car la notion même de contrat implique celle d'engagement réciproque, qui pour être mesurable se conçoit à travers la notion de résultats. Or un résultat, même équilibré entre les deux acteurs, est impossible avec une personne âgée. Un personnel qui demanderait en établissement des résultats à la personne accompagnée, supprimerait son... accompagnement ! C'est la limite à la notion de contrat avec la personne âgée et je reviens donc à la notion contractuelle de recherche réciproque de libre adhésion, comme socle de l'accompagnement.

Alors finalement, l'enjeu se situe-t-il au niveau de l'équilibre entre « accompagnement de l'être social » et « prise en charge de l'être biologique » ? Non. Selon moi, il se joue dans la capacité à les faire coexister dans la complémentarité, ce qui suppose un management équitable qui vise l'intérêt général, et l'utilisateur sous les différentes facettes de son être. L'accompagnement dans le cadre des projets personnalisés et de l'individualisation se définit comme une construction d'échanges entre deux acteurs, l'un aidant, l'autre aidé.

## **Le projet de vie, une approche personnalisée de l'accompagnement**

Si accompagner permet de maintenir la personne dans son autonomie (sociale, physique, psychique et fonctionnelle), il faut prendre conscience que nous n'en savons pas forcément plus qu'elle sur son potentiel. Bien que nous l'écoutions (principe de construction de l'échange), une observation pluridisciplinaire et interprofessionnelle est indispensable parce que la conception que chacune des disciplines a de la personne, (sujet de notre écoute), est différente et complémentaire. En ce sens la construction du projet de vie ne peut appartenir à une seule discipline, ce qui permet de considérer chaque sujet à travers ses caractéristiques et ses expériences, et de trouver en la personne en difficulté ou fragile l'unique objet du travail des professionnels (aux regards multiples sur la vieillesse).

A ce stade une précision s'impose : nommer la personne âgée reste toujours une difficulté pour les professionnels. Vieux, sénior, ancien, aîné... tout individu est âgé depuis sa naissance, mais la locution « personne âgée » est un concept, comme « vieux » ou « senior », « troisième âge »... Le sujet âgé, conscient de son environnement est à la fois le récipiendaire des images sociétales de la vieillesse et l'acteur de ces mêmes images. Certains courants souhaitent que « personne âgée » soit utilisé quand l'âge moyen d'espérance de vie est dépassé ce qui permet de suivre l'évolution de l'âge. Cependant il faut distinguer l'âge du sujet selon le sexe, les catégories sociales, ... aussi quelque soit le terme utilisé par le professionnel, je crois que seul importe le contexte et la manière avec laquelle la personne est nommée. C'est la raison pour laquelle en établissement, je lui préfère le terme générique de « résident », et plus encore le maintien du nom propre de la personne, afin d'éviter qu'entre professionnels elle ne devienne un objet (par la banalisation du terme résident).

## **Les conditions de l'accompagnement : définitions et outils**

Différencier l'accompagnement de la prise en charge c'est caractériser la dimension sociale telle que confirmée par la loi 2002-2 qui vise à maintenir la vie sociale de la personne et contribuer à l'enrichissement intérieur via les relations. La loi cadre la notion d'accompagnement sans y apporter de définition<sup>49</sup> :

- c'est une relation personnelle entre aidé et aidant qui s'inscrit dans un projet personnalisé et faisable ;
- sans l'acceptation de la personne accompagnée, il n'y a qu'une prise en charge : négocier en permanence avec la personne accompagnée est nécessaire ;
- il faut une bonne connaissance de la population aidée (culture gériatrique), car pour viser son bien-être toute standardisation est à exclure ;
- il relève d'une conception d'équipe et nécessite un dialogue interprofessionnel ;

---

<sup>49</sup> M.Personne, R.Vercauteren, *Accompagner les personnes âgées fragiles*, éd. Eres 2009, p.28  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

Ces notions encadrent et définissent l'accompagnement mais renvoient également aux outils à mettre en œuvre pour sa réalisation :

- le référentiel de bonnes pratiques pour concevoir en équipe les valeurs communes,
- la démarche d'amélioration continue pour éviter la standardisation propre à la philosophie hospitalière sous-tendue par l'exigence de comparaison des coûts à l'acte,
- le projet personnalisé au sens « adapté à la personne » en situation de fragilité.

L'état de fragilité de la personne à accompagner est le fil rouge qui guidera les ambitions du projet à mettre en œuvre et les pratiques qui le soutiennent.

### **Fragilité et vulnérabilité de la personne, sens et complémentarité**

Fragilité est un terme d'origines anglophone et médical : « fragility » voulant dire faiblesse. Il concerne l'état de la personne sans notion d'âge (un adolescent...), tant sur le plan biologique que physiologique ou social. Parler d'une personne âgée fragile s'analyse sur ces différents plans et nécessite un travail pluridisciplinaire d'accompagnement qui n'exclut aucun d'eux sinon on évoquera une prise en charge.

Différentes situations peuvent fragiliser une personne : une infection, un choc psychologique lié à une chute (peur de marcher seul) ou un choc moral lié à l'admission en Ehpad (abandon). La maladie ou un choc explique l'état de fragilité qui caractérise le sujet dans ces capacités ou incapacités à répondre normalement à des stimuli internes ou externes. De cet état de fragilité l'on devient alors vulnérable à son environnement.

La vulnérabilité est une agression de l'environnement sur la personne<sup>50</sup>. D'origine latine (vulnus-eris), il s'agit d'un « coup porté à la personne » qui s'en trouve blessée, donc d'un sujet agressé par un phénomène externe à lui même.

L'intérêt de ces notions est que le vieillissement de la personne étant progressif, le processus de « fragilisation » de l'état de la personne par rapport à son environnement, peut être réduit en anticipant sur ses besoins. Le processus s'étalant dans le temps, l'individu comme l'environnement peuvent en prendre conscience et c'est la qualité de la relation entre ces deux acteurs qui caractérisera celle de l'accompagnement.

Le vieillissement est la blessure du temps sur l'individu. C'est l'agression externe qui le fragilise et la blessure crée le risque d'une plus grande fragilité si elle n'est pas objectivée.

A ce stade j'ai besoin de savoir, comment distinguer la maladie du vieillissement ?

Bernard Strehler<sup>51</sup> (1925-2001) définit le vieillissement selon trois critères :

- Le caractère intrinsèque : signifie qu'une manifestation du vieillissement ne dépend jamais de facteurs externes. On ne peut l'éliminer en modifiant l'environnement de

<sup>50</sup> M. Personne, R. Vercauteren, *Accompagner les personnes âgées fragiles*, p.29-31

<sup>51</sup> Biologiste américain, étudie la vieillesse depuis 1944, livre : *Time, Cells, and Aging* 1962  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

l'individu en question, c'est pourquoi il apparaît aussi en milieu protégé. Cependant, c'est aussi une caractéristique de la plupart des maladies génétiques.

- La progressivité : elle s'oppose à la brutalité des manifestations pathologiques. Toutefois, les maladies dégénératives sont aussi progressives. Par ailleurs, dans la mesure où les techniques les plus modernes parviennent à remédier à certaines dégénérescences, le vieillissement n'est plus totalement progressif.

- La nocivité : elle permet d'éliminer certains effets de l'âge – rides, calvitie – qui paraissent n'augmenter en rien la vulnérabilité.

En bref, le vieillissement a évolué comme une maladie génétique à manifestation tardive qui nous affecte tous. Seule l'universalité distinguerait le vieillissement des maladies.

Pour un accompagnement de qualité, il faut identifier les facteurs des blessures. Facilement identifiables sur le plan médical, ils sont plus complexes à déchiffrer sur les plans psychologique et social. Connaître les facteurs de fragilisation de l'individu revêt un intérêt particulier s'agissant d'une démarche qualité. Ils permettent de fonder et d'interroger les critères d'évaluation de la personne fragilisée et de son accompagnement. C'est pourquoi l'admission d'un résident et son accueil me paraissent des temps forts dans la construction de la relation future avec sa famille et lui. Temps forts où la présence d'un psychologue et un questionnaire fouillé de la vie du résident sont indispensables au socle d'un bon accompagnement. Ces informations confidentielles ne doivent pas nuire à la dignité de la personne ce qui nous conduit vers la notion d'éthique.

### **L'éthique dans l'accompagnement**

« La fragilité interroge l'éthique dans la mesure où la personne âgée ainsi atteinte est susceptible d'avoir moins de discernement pour conduire sa vie, ou une altération de ses relations avec un environnement qui sera prompt à décider, souvent plus pour elle qu'avec elle, un accompagnement. <sup>52</sup> »

La fragilité altère la compréhension de l'être et de son environnement. Aussi, de « sujet de droit, il devient objet de droits ». Les bases de son accompagnement seront alors la connaissance de ses désirs et attentes matérialisées dans son projet personnalisé et en référence à ses critères de fragilisation. L'acte central devient la recherche de sa parole et la qualité d'échange devient un indicateur de l'évolution de sa fragilité.

Tenir compte de tous ces paramètres qui fondent l'identité de la personne à considérer, et à accompagner entre professionnels, oblige à un minimum de travail en commun.

---

<sup>52</sup> M. Personne, R. Vercauteren, *Accompagner les personnes âgées fragiles*, p.34  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

## **2.2 La coordination et le travail en réseau**

### **2.2.1 Les origines de la coordination**

Le besoin de coordonner l'action apparaît dans l'histoire de l'accueil du public âgé dès lors qu'il y a eu plusieurs acteurs. Que ce soit à l'initiative du clergé ou de la royauté, par charité chrétienne ou peur de l'indigence, des lieux d'accueil par type de population vont apparaître et coexister : l'asile pour voyageurs, l'hôpital pour malades, l'orphelinat et les hospices notamment pour les vieillards... Sous Louis XIV<sup>53</sup> en 1656, « des hôpitaux généraux sont créés dans chaque ville et joueront un rôle central dans ces mesures répressives. Hospices, pensionnats, maison de fous, hôpitaux, maison de correction... réunissent des indigents de tous lieux, âges et sexes ». Que ce soit par volonté de concurrence, d'hégémonie ou de complémentarité, le nombre d'acteurs augmente en même temps que les dispositifs d'accueil se stratifient. Il est attendu des pouvoirs publics impliqués dans l'action qu'ils y mettent de l'ordre, de la cohérence en rationalisant les moyens. En 1851, lors de la préparation d'une loi d'harmonisation des logiques de prise en charge des hospices et hôpitaux, le terme de coordination apparaît.

C'est après guerre que la loi du 4 août 1950 crée le comité de liaison et de coordination des services sociaux (CLICOSS). Son but est la recherche de lisibilité et d'efficacité des dispositifs par le biais de l'exercice de la citoyenneté, de la coopération des acteurs, de l'esprit d'initiative garant de la qualité, d'un organisme doté d'une autorité et d'un budget... En 1959, les deux tiers des départements ne coordonnant pas leurs actions, un décret toujours en vigueur d'ailleurs, renforce la loi. Il impose aux services sociaux un règlement départemental de coordination, créé une commission avec le pouvoir de supprimer les subventions voire l'agrément, en cas de non respect de l'obligation de se coordonner.

### **2.2.2 Du rapport Laroque aux Agences Régionales de Santé (ARS)**

Le rapport Laroque (1962) analyse les conséquences de la stratification de services sans liaisons entre eux, du foisonnement des financements et préconise de coordonner l'action sur une base géographique. En 1964 seront créées les directions départementales sanitaires et sociales pour simplifier et coordonner l'action administrative.

- Fin des années soixante-dix, la mise en œuvre de la politique vieillesse et la crise économique qui appelle à rationaliser, renforcent le besoin de coordination (analogie avec le contexte actuel). En effet le mode « structuration, création, développement » est dépassé sur le terrain. Il fait place dorénavant au mode « d'organisation, représentation, répartition » des dispositifs. La solution pour coordonner l'action sociale vieillesse passe

<sup>53</sup>

J.J Amyot, Pratiques professionnelle en gérontologie, page 226 et s.

Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

par une réponse de proximité, qui consiste à « organiser l'existant <sup>54</sup> ». Ce concept conduira en 1981 à la création de centaines de postes de coordonnateurs de l'action gérontologique<sup>55</sup>, qui disparaîtront en quelques années faute de financements.

- Fin des années quatre-vingts la décentralisation permettra un peu plus de cohérence des équipements sous l'angle de la proximité.

- La coordination du dispositif gérontologique à partir de l'hôpital est l'orientation de la fin des années quatre-vingt-dix. Elle reposait sur la question du devenir des hôpitaux locaux en perte d'activité. Les personnes âgées n'échapperont pas facilement à cette emprise du sanitaire sur le social qui en l'absence de coordination propre prend le risque d'être subordonnée à des dispositifs, réseaux, filières, coordinations étrangers à sa philosophie.

- Fin 1999, le rapport<sup>56</sup> « Bien vieillir en France » préconise une porte d'entrée unique et de proximité dans le dispositif de prise en charge du public âgé : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Bureau unique d'information, de coordination et d'aide à la décision leur rôle est de développer le travail en réseau et de créer un échelon départemental de coordination, ils existent depuis l'an 2000.

A la lecture de l'ABS et des tendances du prochain schéma départemental de la Savoie, il semble que celui d'Aix-les-Bains n'ait pas atteint tous ses objectifs. Il y a donc pour le CCAS une opportunité, des pistes d'amélioration et une collaboration à développer sur cet aspect pour mieux s'ancrer dans la dynamique de réseau local. Pour ce faire, je crois à l'importance de redéfinir l'accueil des populations en formant les agents à ce poste stratégique qu'est l'accueil adapté de sorte qu'ils aient connaissance de l'offre d'hébergement CCAS et des modalités de fonctionnement.

Parallèlement, le poste de médecin coordonnateur en maison de retraite est officialisé<sup>57</sup> afin d'organiser l'intervention des professionnels autour du résident.

- Plus récemment la création des ARS répond à une vision décloisonnée de la santé. Elles sont chargées de l'organisation et du financement des soins dans ses différentes composantes (soins de ville, soins hospitaliers), de la politique de santé publique dans toutes ses dimensions, mais aussi de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

En rassemblant au sein d'une structure unique des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, ainsi qu'en organisant une concertation avec les conseils généraux, les ARS constituent donc une opportunité de décloisonner les secteurs

---

<sup>54</sup> Pratiques professionnelles en gérontologie, p. 231 : Démarche d'hier, enjeu pour demain.

<sup>55</sup> Circulaire du 29 juin 1981, ministère de la Solidarité nationale

<sup>56</sup> Mme Guinchard-Kunstler, députée, 09/1999, Rapport : Bien vieillir en France, pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie

<sup>57</sup> Arrêté du 26 avril 1999 qui en fixe les modalités



sanitaire et médico-social, afin d'encourager la transversalité dans les soins et l'accompagnement des personnes dépendantes. Ce décloisonnement, tant attendu par les acteurs de terrain, devrait permettre de prendre en compte les besoins du « patient usager » à la fois sur le plan des soins, de la réadaptation, de l'accompagnement social, de la réinsertion et de la prévention. A travers la nouvelle gouvernance instaurée par les ARS, le projet de loi vise à rationaliser et à rendre plus lisible l'architecture institutionnelle de planification et de programmation médico-sociale. De récentes préconisations<sup>58</sup> plaident en faveur de la création d'un poste de directeur adjoint d'ARS chargé de faire le lien avec le secteur médico-social. Le décloisonnement entre les institutions doit permettre de démontrer l'utilité de certaines approches innovantes transversales. Mais les ARS auront-elles les moyens de transformer des expérimentations en véritables dispositifs de santé publique ?

Ces quarante dernières années sont sous tendues par une volonté maintes fois renouvelée de trouver plus de cohérence à l'action gérontologique. Il semble que l'essentiel échappe aux acteurs et que l'occasion d'une crise économique, de la décentralisation ou d'un rapport sur la vieillesse relancent ce serpent de mer qui finit néanmoins par s'imposer lentement comme une nécessité conceptuelle mais difficile à réaliser. Dans ces conditions je crois modestement que s'atteler à la coordination nécessite de la méthode et de la patience. Selon moi la méthode consiste d'abord à communiquer sur le concept et ses bienfaits stratégiques auprès des agents, des familles, des médecins, tout en l'organisant progressivement au fil des opportunités pour lui donner vie et légitimité, en partant de l'organisation interne du CCAS vers les partenaires.

Pour résumer ma pensée, j'emprunte à Edgar Morin une de ses citations : « à la dialectique qui concerne l'art de raisonner et de convaincre dans un débat pour dépasser les contraires, je substituerai le dialogique<sup>59</sup> qui unit deux principes antagonistes pour penser les principes organisateurs de la vie (de la personne âgée) et de l'institution ».

### **2.2.3 La coordination : approche stratégique**

« Avant même de poser la place de la personne âgée, la coordination entre professionnels est plus une gageure qu'un processus quasi naturel »<sup>60</sup>. Donner à l'usager une place est considéré par certains comme source de complication, par d'autres comme un atout. Cependant si l'objectif est bien la satisfaction de la personne et donc la pertinence de l'action dont il est le « sujet » (et non l'objet), alors il en devient une pièce stratégique et son avis un élément d'évaluation de l'action de coordonner.

---

<sup>58</sup> Mme Debord Rosso, Députée, Rapport d'avril 2010 cité en bibliographie

<sup>59</sup> Edgar Morin, la Méthode, 1977 - 2006

<sup>60</sup> J.J Amyot, Pratiques professionnelles en gérontologie, Dunod, § la coordination, p.330  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

La coordination, un sujet qui « résiste à son ensevelissement, réapparaît tous les vingt ans et fait ressurgir en gérontologie un vocabulaire qui lui est propre<sup>61</sup>. Ce maquis d'acteurs et de modes d'interventions vient de la gestion des innovations et des évolutions qui ne fusionnent pas, ni ne font disparaître ce qui a précédé ». Le résultat est une stratification de l'offre d'équipements autour d'un public unique qu'il devient nécessaire de coordonner sur un territoire : c'est la coordination inter-institutionnelle.

Il en va de même pour les professionnels dont la complémentarité des interventions doit permettre de mieux cerner la prise en charge et l'accompagnement de l'utilisateur dans la globalité de ses besoins. Il est un instant utile de coordonner leurs interventions dans l'intérêt du bénéficiaire : c'est la coordination des acteurs de l'institution que je traiterai principalement, puisqu'il s'agit de ma mission.

L'intérêt stratégique de la coordination provient de la nécessité de gérer un ensemble composite dont chaque unité a sa logique, ses ambiguïtés, ses moyens et son histoire. A l'heure où la crise resserre les budgets, la coordination ressurgit comme pour mieux associer les objectifs budgétaires et humains, remettre l'utilisateur au centre des dispositifs et lisser les surcoûts préjudiciables à la collectivité.

Coordonner devient une nécessité pour gommer les conséquences d'une diversité mal gérée qui nuit à la clarté de l'action perçue du CCAS. Les passerelles mises en place entre des établissements d'hébergement et de soins, mais aussi entre services de maintien à domicile et établissements, doivent aboutir à la création d'un véritable parcours coordonné de l'utilisateur entre unités du CCAS, quitte à favoriser de véritables séjours alternés, dans l'intérêt des familles comme des personnes âgées.

La multiplicité des services offerts, des tarifs pratiqués, les conditions d'admission, les démarches administratives et médicales, finissent par égarer la plupart de ceux qui souvent fragilisés y font appel. Cette complexité perçue est néfaste à l'appréhension de l'offre dans sa lisibilité extérieure, mais également dans sa visibilité intérieure. Pour mieux la comprendre, il faut se pencher sur la construction de cette complexité issue des dispositifs qui se sont agglomérés dans le temps et existent les uns à côté des autres ou se superposent. Avec les acteurs il faut la « ré-interroger » et l'analyser en terme de redondances des tâches ou de manques afin de clarifier, simplifier, unifier même.

Décloisonner les services du CCAS n'a d'intérêt que si les agents y perçoivent un intérêt commun (accompagner et répondre aux besoins de la personne et partager ce sentiment d'utilité), ou un avantage dans la manière de travailler (qui pourrait être plus fluide et moins mécanique mais en réponse à des besoins évolutifs). Le fait de dégager du temps

---

<sup>61</sup> J.J Amyot, *Pratiques professionnelles en gérontologie*, p. 221-222  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

par suppression de tâches basiques et parcellaires pour les remplacer par des tâches plus complexes mais complètes, devrait valoriser les agents d'une part et améliorer la qualité du travail d'autre part, à condition d'accompagner cette évolution par la formation préalable et la communication des objectifs.

### **La nature de cette fonction**

La coordination peut naître à partir d'un problème ou de ses acteurs, mais est toujours caractérisée par « un manque, un défaut, une absence sur l'élémentaire mise en lien suffisante à régler le problème<sup>62</sup> ». Le premier cas est identifiable lorsqu'il est dit « il suffirait que ... » quelqu'un nous le dise !

A partir des acteurs, s'identifie lorsqu'un professionnel « aurait pu... » prévenir l'infirmière ! La complexité est plus fréquemment attribuée aux acteurs (toute personne qui participe à la situation) qu'aux situations ce qui accroît les difficultés d'une mise en œuvre collective.

Les axes de la coordination :

-La coordination verticale : le manque de connaissances des décisions amont et aval gênent la cohérence de la prise en charge.

-La coordination informelle ou formelle est en lien avec la notion de degré de liberté : s'est elle développée de manière naturelle ou imposée par un pouvoir, une organisation ?

En général, si l'on n'est pas l'instigateur, on n'y adhère pas spontanément par crainte d'être manœuvré dans une représentation sans réelle contrepartie, et de remise en cause du fonctionnement existant (sinon pourquoi se coordonner ?).

La coordination répond à plusieurs typologies :

- basée sur l'organisation des tâches : informer, échanger, prévenir, orienter, évaluer, suivre, décider de mettre fin ou de modifier, préparer, programmer dans le temps. Elles peuvent concerner la personne strictement ou son environnement, une action d'accompagnement ou de soin, la prise de décisions : par le sujet ou par le professionnel ;
- basée sur les logiques d'interventions de services intégrés ou de réseau, c'est-à-dire de filière ou d'accompagnement<sup>63</sup> :
  - la filière est la trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un réseau intégré ;
  - l'accompagnement est un parcours dans un dispositif d'offres de services ou de soins.

Ce dernier se caractérise par le passage d'un service à l'autre, par un ensemble d'aides et de soins, pour un temps donné fonction de ses besoins. Sa logique repose sur une conception individualisée du soin ou de l'accompagnement refusant la standardisation.

<sup>62</sup> J.J Amyot, Pratiques professionnelles en gérontologie, Dunod 2007, p. 247

<sup>63</sup> Gérontologie et société, N° 100, Mars 202, p.39

La logique de filière, propre à la santé publique est essentiellement celle du financeur qui recherche l'efficacité au meilleur coût sur la base d'un standard de référence qui en autorise l'évaluation comparée. La question qui se pose aux économistes et évaluateurs est d'imposer ou non la généralisation des pratiques de filière, et comment les évaluer quand il n'existe pas un référentiel universel ?

En somme il y a diversité d'approches de la coordination et l'un des pièges à éviter est de faire table rase du passé, ou des relations antérieures comme si le passé était négligeable, honteux ou douloureux ! Coordonner l'action gérontologique ce n'est pas dévaloriser mais « se connaître, se rencontrer et travailler ensemble pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées <sup>64</sup> », il s'agit surtout de bonne volonté, de savoir être, de bonne relation sans contrepartie car l'intérêt général des acteurs est ailleurs : c'est celui de la personne âgée et de la reconnaissance mutuelle entre acteurs. Ce dernier point me rappelle l'importance du « feed-back » aux équipes professionnelles. Souvent négligé je crois, il constitue l'aboutissement visible de leurs contributions et donne du sens à leurs travaux.

A ce stade des représentations de la nature de cette fonction, pour les dépasser et mieux en partager la compréhension numéraire, il faut définir si possible la coordination.

### **Définitions de la coordination :**

Depuis quarante ans d'histoire de la coordination, beaucoup d'organismes ont produit des études pour définir les fondements théoriques qui lui faisaient défaut. Dans les années quatre-vingt-dix, la coordination a pu être définie comme : « un processus ancré dans un contexte culturel spécifique qui vise à une re-formulation de l'offre et de la demande, qui prend en compte l'amélioration des services rendus aux personnes âgées, qui est fondé sur des valeurs élaborées et partagées par tous, dans le respect des singularités de chacun, mais qui compte encore trop d'exclus<sup>65</sup>... ».

« Une coordination réussie produit à terme une culture commune et un langage commun parlé par tous les partenaires, c'est une offre de mieux travailler. Reste à savoir comment elle va rencontrer la demande et comment le public s'en saisira ? »

Cette définition a 20 ans et a le mérite de définir un lent processus de maturation et les limites du concept face à l'ambition démesurée (trop d'exclus...). Elle rappelle l'intérêt de la communauté du système de valeurs, et enfin l'objectif de la coordination : améliorer le service rendu. Cette dernière limite suppose l'existence d'objectifs précis et mesurables pour en évaluer l'amélioration effective. Or par définition la coordination est transversale,

---

<sup>64</sup> J.J Amyot, ib p. 247. Congrès Fnadepa, 1992, extrait de ses statuts qui l'organisent comme un lieu de coordinations.

<sup>65</sup> Fondation de France, cahier N°5, 1992, la coordination, démarche d'hier et enjeu pour demain, dans Gérontologie et société N° 100 de mars 2002,p.19

ce qui dégrade considérablement sa visibilité (interne aux unités) et sa lisibilité (externe) et rend son évaluation difficile à cause du nombre d'acteurs et d'institutions en cause.

La coordination ou le réseau, dans la tradition française, est un processus et une organisation de gestion des cas. Le référent est celui qui fait lien entre les différents acteurs ou parfois institutions, le point d'articulation de l'accompagnement de la personne. Il peut être un professionnel désigné, un membre de la famille, ou encore le bénéficiaire lui même, qui coordonne les prestations utiles à sa vie.

Prendre en compte les choix de l'usager et lui garantir une place d'acteur, fédérer dans l'action des partenaires de cultures et de formations différentes ou des services compartimentés depuis des années, c'est adopter pour les trois unités un référentiel commun de valeurs dont le fondement reposerait sur le concept d'accompagnement de la personne à travers l'offre d'hébergement du CCAS, articulée par un référent formel.

### **L'intérêt économique de la coordination et des réseaux**

Actuellement, la demande faite à la coordination est d'aider à la décision pour réduire le couple coût/efficacité tout en humanisant le processus. Si la mesure des coûts consiste à distinguer les coûts directs et indirects, à les classer par groupe fonctionnel au budget, la question de l'efficacité est plus complexe car elle se rapporte aux moyens utilisés pour en déterminer un indicateur de performance dans une comparaison. Il s'agit de comparer le projet ou la technique qui maximise le gain d'efficacité pour un coût donné. Quoiqu'il en soit l'efficacité d'une situation coordonnée est supérieure à une situation non coordonnée, exemple : une personne âgée qui chute régulièrement à domicile et dont la demande d'hébergement adapté ne peut aboutir faute de coopération inter services (travail en réseau), sera hospitalisée plusieurs fois, ce qui aurait pu être évité. On se situe bien sur le double objectif d'économie pour la collectivité et d'humanisation de l'accompagnement.

A l'analyse du contexte nous ne sommes plus dans un mode « innovation-déploiement-structuration » mais dans l'ère de « l'évolution-organisation-évaluation » des services. Cette dynamique traversée par les impératifs d'une démarche d'amélioration continue est centrée sur l'affirmation des droits de l'usager. La recherche de qualité autrement dit d'efficacité et de rationalité (déstabilisant pour les agents territoriaux), incite à recentrer son activité (par ailleurs sous contrôle accru) sur ses compétences propres plutôt que de développer de nouveaux services (dont les financements se raréfient et sont soumis dorénavant à l'appel à projet). La conséquence logique de ce repli centré sur ses pôles de compétences est le développement de partenariats, le travail en réseau et la coordination entre institutions.

Avant de pouvoir jouer son rôle d'animateur local et de coordonner un réseau ; pour s'exprimer dans la complémentarité d'un dispositif ou le CLIC occupe également un rôle de tête de réseau, le CCAS dont l'offre est large est confronté à un enjeu de taille :

- adapter la compétence de son effectif et la coordination de ses services autour des besoins des bénéficiaires et de leurs aidants (suivi organisé du parcours),
- continuer à s'investir dans le dispositif avec le CLIC dans la complémentarité, et développer d'autres partenariats pour objectiver son rôle de prévention du vieillissement.

Le premier enjeu ne saurait se réaliser seul, il dépend de la volonté et de l'implication des élus à partager et communiquer sur l'intérêt de ce changement. Cet affichage donne aux responsables la légitimité d'agir. Le rôle du directeur est d'expliquer, d'impulser et de conduire le changement nécessaire, c'est à lui de donner sens au projet, d'en faire partager l'intérêt à ses collaborateurs et de valoriser toute initiative. Il s'agit de tout un art, qui consiste à manager le changement en tenant compte du contexte, à trouver les bons outils, à préparer et à accompagner l'équipe.

## **2.3 Accompagner le changement : l'art de manager**

J'évoquerai l'accompagnement, la conduite ou le management du changement, quelque soit le terme adopté, il n'en est pas moins délicat voire périlleux. « C'est sans doute pour cela que manager peut s'apparenter à un art<sup>66</sup> ». « Manager ne se réduit pas à organiser le travail, à planifier et à prévoir<sup>67</sup> », mais sans doute à articuler la responsabilité générale autour de l'intérêt commun. Ce dernier est en permanente construction, conforme à la démarche d'amélioration continue. La maîtrise de cette étape conditionne la réussite du projet quand on l'exprime correctement, c'est à dire en terme de création de valeur. Le risque est toujours la résistance de l'acteur au changement, la variable est le temps.

### **2.3.1 La logique de la valeur**

Je choisis ce thème parce qu'il s'agit d'augmenter la valeur d'une prestation de service qui souffre d'un déficit d'image du grand public, qui est poursuivie par l'exigence de performance et qu'au delà des a priori des agents pour ce discours, il m'est primordial de dire les choses telles qu'elles sont pour ne pas infantiliser le débat.

Les logiques de mutualisation des moyens et de décloisonnement alimentent le processus d'amélioration continue et tendent vers l'efficience : « rapport entre moyens

---

<sup>66</sup> B.Roche & F.Marfoglia, L'art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir, 2006  
<sup>67</sup> JM Miramon, Le métier de directeur, au nouage de l'éthique et du politique, p.125

mobilisés et résultats<sup>68</sup> ». Cette logique apparaît dans la Loi Organique de la Loi de Finance, et la loi 2002-2 qui attend des gestionnaires d'établissements qu'ils justifient les coûts par rapport au service rendu et à la qualité initialement prévue. La loi Hôpital Patients Santé Territoire(HPST), a créé les Agences régionales de santé dans le but de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-sociale afin d'établir un véritable parcours de prise en charge et d'accompagnement, adaptés aux besoins de l'usager. L'un des enjeux de la loi HPST est de « renforcer le devoir faire » des acteurs, « c'est-à-dire l'incitation des établissements à la performance<sup>69</sup> ». La valeur a donc changé de camp et d'aspect.

L'institution ne maîtrise plus la valeur de la prestation fournie, et malgré le manque de places en établissements, les familles et les usagers définissent la qualité (la demande) et critiquent l'offre.

- Les bénéficiaires sont des consommateurs avisés et plus critiques face à l'évolution de leur style de vie. Ils ont conçu leur propres critères d'appréciation, fondés sur leurs expériences, leurs habitudes et c'est l'un des rares espaces de souveraineté qu'ils possèdent que d'estimer la valeur de leur prise en considération.

- Les collaborateurs sont plus exigeants et attendent de leur travail plus qu'un simple salaire. Anticiper les crises plutôt que de les subir, travailler à innover et à s'améliorer est porteur de sens, de valeur liée à la satisfaction, à la reconnaissance. L'absence de contrôle des tâches à l'Ehpad comme au Foyer ne valorise pas le travail des agents qui le réclament à l'encadrement. L'agent de service cherche sa place dans une organisation qui n'a d'yeux que pour le soignant, alors que la vieillesse ne se décrète pas du seul point de vue médical. Quelle valeur attribuer à son travail lorsqu'il n'est pas supervisé, ou lorsque l'organisation ne le reconnaît pas ?

Autrement dit : « on peut s'interroger sur la compatibilité du désir de chacun avec l'intérêt de l'institution<sup>70</sup>,... et le terrain possible d'une conciliation serait sans doute l'intérêt commun partagé». Il me semble alors que le système de valeurs véhiculé par le manager directeur, s'imprènera de l'esprit de la bienveillance, de la réglementation et de l'histoire de l'institution afin d'articuler le changement, pour réduire le sentiment de rupture avec la culture existante, et donc de résistance.

L'urgence du changement est dictée par la loi, et le décalage à le satisfaire comme les réclamations des bénéficiaires engendrent des troubles de la qualité de vie, mettent à nu

---

<sup>68</sup> J.P Hardy, Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, p. 13

<sup>69</sup> Rapport Ritter, mission de préfiguration de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Octobre 2008, p.3.

<sup>70</sup> JM Miramon, Le métier de directeur, au nouage de l'éthique et du politique p.125  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

nos zones d'inconforts et questionnent notre efficacité, donc, la valeur de notre professionnalisme. Il faudra du temps pour accepter que l'incompétence technique de l'utilisateur, ne l'empêche pas d'être le seul à pouvoir apprécier de façon pertinente la valeur du travail des professionnels qui l'aident, et l'accompagnent !

Pour augmenter la performance des établissements (J.P Hardy), il faut moins considérer selon moi le nombre de repas à produire, de toilettes à donner... que la satisfaction des usagers et des professionnels. C'est difficile de le faire valoir et je trouve l'injonction un peu paradoxale comme l'écrit JM Miramon : « l'exercice du pouvoir... obéit à un impératif ... d'équité, qui entre souvent en contradiction avec les exigences prétendument incontournables de la gestion <sup>71</sup> ». Je reviens à la satisfaction, de quoi s'agit il ?

Si une organisation est bienveillante avec ses agents, le personnel sera bientraitant avec son public par effet mimétique en somme. L'équité est donc une valeur partageable source de satisfaction parce qu'elle positionne chacun à sa place en le considérant.

Les raisons qui ont permis aux organisations de progresser sont : « la forte élévation du niveau de qualification des hommes, l'adaptation de l'organisation, l'ajout de technologies<sup>72</sup> ». Ce sont ces critères qui donnent de la valeur à l'institution. Les retombées de ces critères sont parfois difficiles à objectiver mais je constate qu'ils sont mieux partagés par les usagers et les professionnels de façon inconsciente, que les indicateurs quantitatifs d'activité ou la grille angélique, dont l'objet est de mesurer la qualité de la prestation de l'établissement au regard de la norme la plus visible.

Les sources de non valeurs « tels les actes manqués du management qui doit clarifier l'avenir et faire sens », l'absence de supervision des tâches effectuées, les erreurs répétées des agents faute de formation ou d'intérêt, pénalisent l'utilisateur en bout de chaîne.

Réduire ces sources de non valeur est fondamental, comme de définir et partager les valeurs de l'accompagnement du public, de sorte que l'intérêt de chacun (désir) s'inscrive dans l'intérêt général. Ce travail me semble l'étape préalable à l'accompagnement du changement si l'on veut motiver durablement les collaborateurs, donner au manager les clés pour agir et aux équipes la compréhension de la méthode choisie, afin qu'ils adhèrent mieux aux objectifs de transformation, donc au projet.

### **2.3.2 La logique projet**

La définition d'un « projet<sup>73</sup> : objectif à réaliser, par des acteurs, dans un contexte précis, dans un délai donné, avec des moyens définis, nécessitant l'utilisation d'outils

---

<sup>71</sup> Le métier de directeur, repères pour l'action, p.100, éd. ENSP, 2002

<sup>72</sup> P. Jocoü & P. Meyer, La logique de la valeur, éd. Dunod, 1996

<sup>73</sup> E.Clet & H.P Maders, Mémentos, le management de projet, éd. D'organisation,



appropriés ». Le management d'un projet est continue dans le temps, il faut juger en permanence des priorités afin d'orienter les actions sans perdre de vue l'objectif. Trois constantes sont à manager en permanence pour maintenir un point d'équilibre entre elles : les objectifs, les délais et les moyens au détriment les unes des autres.

La phase la plus importante est l'initialisation du projet. Il s'agit de le décrire : « l'image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre ». Dans mon cas, même si la directrice générale et un élu s'en sont chargés préalablement, je dois faire comprendre l'objectif de ma mission aux chefs de service sans les déposséder de leurs prérogatives. Je découvre progressivement leur environnement (cuisine centrale et Ehpa). J'interviens à partir des opportunités de collaborer avec eux (ou en les impulsant), pour légitimer ma position comme un appui fonctionnel plus que hiérarchique. L'intérêt est de ne pas créer de résistances de mon fait, mais de les gérer du fait de la situation nouvelle.

Tout projet est porteur de risques. Les facteurs de risque sont des événements aléatoires dont la probabilité d'apparition est forte et dont la survenance entraîne des conséquences graves. Il s'agit couramment de la démotivation des acteurs de par les résultats comparés à la durée et à l'intensité des efforts à fournir. Ramenés à ma position, les risques sont une mauvaise estimation de l'environnement, de la culture, des besoins ou désirs des agents ; la non définition des rôles des acteurs du projet, leur manque de motivation, de compétence, de disponibilité ; le manque de définition des délais, ou un délai trop court ; le manque de maîtrise des outils de base ou de la méthode adaptée à la nature du projet ; la non rédaction de documents indispensables tels les appels d'offre, contrat de sous-traitance, plan de formation ad hoc, fiches de postes ; ma propre disponibilité pour mener le projet. Mon travail consiste à engager des actions préventives pour éviter leurs apparitions, des actions curatives ou palliatives pour limiter leurs effets.

Manager le projet consiste à : organiser, gérer et animer son déroulement dans un temps donné. Je dois programmer entre les différents services les actions qui vont me permettre de coordonner leurs prestations selon un objectif d'adaptation du service rendu aux besoins des usagers. Ce qui implique : de les faire travailler ensemble sur des modalités transverses (comme la qualité des repas ou de l'accompagnement), en y intégrant un facteur extérieur comme le bénéficiaire et ses choix ; de vérifier que chaque service dispose des fiches de postes nécessaires à la compréhension du rôle de chacun ou aider à leur réalisation si besoin. Manager un projet peut se décliner en trois piliers<sup>74</sup> :

- Organiser : c'est décider quel acteur fait quoi, où, quand et comment.
- Gérer : c'est maîtriser l'utilisation des ressources consommées par le projet.

---

<sup>74</sup> E.Clet & H.P Maders, *Mémentos, le management de projet*, éd. D'organisation, p. 9  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

- Animer : un projet est une dynamique, qui suppose l'existence d'une volonté et de valeurs à partager, non seulement par le prescripteur, mais aussi par le réalisateur et ses bénéficiaires. Animer c'est donner vie au projet pour en faire un événement extraordinaire.

L'objectif au service duquel les piliers concourent doit être communiqué à tous les membres des unités et répondre à la question : quel est le besoin que doit satisfaire la prestation de service liée aux trois unités du CCAS ?

L'ABS et l'avant-projet du schéma départemental justifient de la pertinence de la nouvelle organisation par pôle, de l'intérêt pour l'utilisateur mais aussi pour les agents, de travailler ensemble en intégrant les contraintes de chacun. Le but est de comprendre les dysfonctionnements de tous, d'éviter les railleries et le repli. Échanger permet aux membres de s'approprier les problématiques. Je veillerai à ce que les objectifs soient réalistes (sinon démotivant), mesurables (évaluation indiscutable), positivistes (basés sur la bienveillance), sources de motivation (procurer de la satisfaction, valoriser les acteurs), visibles en interne (affichage de l'organigramme du pôle hébergement).

### **2.3.3 Qu'est-ce que manager le changement ?**

Les préoccupations des acteurs sont différentes mais convergent toutes vers la crainte du changement issu de l'insécurité, provoquée par le mode projet. Elles résultent au moins autant de la difficulté à percevoir le sens des transformations demandées, que de l'impossibilité à imaginer quels changements dans les comportements quotidiens vont participer à la transformation projetée. Pour obtenir l'adhésion au projet de transformations, l'équipe « doit percevoir très clairement les objectifs, approuver les valeurs qui guident ces changements, comprendre les méthodes qu'ils auront à mettre en œuvre et bien sûr être motivés pour y contribuer <sup>75</sup> ». L'engagement de la direction et des élus doit être cohérent avec les objectifs poursuivis, et reposer sur les mêmes valeurs et principes qui animent ces changements. Le but est d'offrir à l'équipe un cadre favorable à la transformation des comportements. A défaut, le projet déstabilise l'acteur qui développera une forme de résistance, de malaise par rapport à l'inconnue traduit par des comportements, des attentes et des besoins. Manager le changement consiste à prendre en compte l'hostilité face au changement et ses enjeux, afin de s'appuyer sur les freins, de les accompagner plutôt que de lutter contre, d'où l'intérêt d'une équipe projet.

Les professionnels recherchent le plus souvent la satisfaction de besoins de reconnaissance, de réalisation (challenge), d'intégration ; alors que les bénéficiaires du projet recherchent plutôt à satisfaire des besoins physiologiques (maintien du

---

<sup>75</sup> P. Jocou & Meyer, La logique de la valeur, approche du management de la qualité, Dunod 1996  
Laurent FILIPPI - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2010

fonctionnement de l'organisme), de sécurité (prise en considération effective) et d'émotion (liée au bonheur de vivre, se projeter), pour ne pas être réduit à une survivance physique. Le rôle du manager est donc de concilier « le passage d'une juxtaposition d'individus salariés à un collectif actionnaire<sup>76</sup> », avec le besoin de prise en considération du public.

Manager c'est prendre en compte le contexte dans lequel le changement à lieu. Pour le service cuisine, le renvoi récent du chef de production a pu laisser des traces, voire engendrer de la méfiance envers la hiérarchie. L'équipe, attachée à la qualité de la nourriture produite, n'est pas habituée à travailler avec des contraintes autres que les siennes. L'Ehpa subit des troubles réguliers de sa vie collective, de l'hétérogénéité des résidents dont un petit groupe de mécontents profite, et du peu d'anticipation dans l'orientation future des résidents. L'Ehpad va recruter des agents pour l'ouverture de 38 lits et modifier son organisation et son environnement. Dans ce contexte se développe une relation entre l'encadrement et les agents qui peut être de quatre ordres :

- contexte de dépendance : les collaborateurs sont pris en charge par un encadrement paternaliste (pas de délégation, d'objectifs individuels...) ;
- contexte de contre dépendance : les collaborateurs critiquent l'encadrement (taux d'absentéisme, syndicalisation, conflits...) ;
- contexte d'indépendance : les collaborateurs sont autonomes (objectifs individuels, délégation formalisée, auto contrôle, rémunération adaptée aux fonctions...) ;
- contexte d'interdépendance : les collaborateurs ont un comportement de type « client-fournisseur », et bien qu'autonomes, collaborent entre eux dans l'intérêt général institutionnel (charte de qualité pour la cuisine, droits et libertés pour les établissements, approche de processus : formalisation et action corrective...)

Le contexte influence la façon de conduire le projet et conditionne le résultat. Il faut tenir compte de l'existant sans chercher à le reproduire, ni à le rejeter. Accompagner et faciliter le changement se font : par la proximité nécessaire à la prise en compte des besoins et à l'anticipation des facteurs de risque, par l'évaluation de la conformité des phases. Conduire le changement est délicat selon moi, si le directeur n'est pas dans la proximité l'équité et l'engagement, qui concourent à la représentation d'un système de valeurs contributives à la prise en considération de la personne âgée. Un accompagnement plus efficace du public s'appuiera sur la formalisation participative du projet de « pôle hébergement », qui permet aux acteurs d'en lire la finalité sociale et de s'y inscrire. La coordination des services s'organisera sur la base des objectifs du projet commun, dont l'application quotidienne garantit une action moins subie que préventive, en réduisant les non valeurs actuelles, sources d'insatisfactions des acteurs comme des bénéficiaires.

<sup>76</sup>

JM. Miramon, *Le métier de directeur, repères pour l'action* p.100, éd. ENSP, 2002  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

### **3 Troisième partie : Positionnement stratégique et organisation**

« La théorie, c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne. La pratique, c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi. Si la pratique et la théorie sont mal réunies, rien ne fonctionne et on ne sait pas pourquoi »<sup>77</sup>. L'objectif de ce chapitre est de réunir « théorie et pratique ».

La première partie est consacrée au processus d'adhésion au projet (information, échange, valeur ajoutée, les attentes et buts) et à donner corps à la coordination des unités vers un même but. La seconde partie répond à la professionnalisation indispensable aux évolutions des besoins du public et des normes, aux compétences « ressources » et aux supports méthodologiques pour étayer les pratiques des responsables de services. Cette panoplie d'outils apportera les éléments d'une organisation qui prend conscience de son personnel. La troisième partie permet d'améliorer la lisibilité de l'action du pôle hébergement par l'inscription dans un réseau de professionnels et d'actions éducatives en direction de l'aidant informel. L'évaluation, abordée en fin de chaque partie, validera ou pas la conformité des étapes.

#### **3.1 Le projet de pôle hébergement : un élément stratégique**

Le projet du pôle hébergement est inexistant, c'est un levier fédérateur et d'aide à la conduite du changement. Élément stratégique de positionnement des unités, il permettra d'unir les visions dans un processus de construction commune de l'action voulue, où chacun doit garder sa spécificité contributive et en intégrer de nouvelles. L'objectif est la convergence des complémentarités, de décompartimenter les pratiques, de partager entre unités un langage et des concepts qui feront sens. Le tout doit conduire à installer le bénéficiaire des services du CCAS dans un parcours coordonné en fonction de ses besoins et d'identifier l'offre de service. Il a été vu que la crise est le mode de régulation, il s'agit de se projeter et d'anticiper pour moins subir.

Le projet devra organiser l'activité à chaque fois que possible sur l'axe du dépistage, de la prévention (rôle propre au CCAS) et de la coordination. Une fois écrit, il sera exposé au conseil d'administration du CCAS pour validation et communication. La rédaction du projet de pôle se fera en dernier. A cause de la faible culture gériatrique et médico-sociale, je préfère doter progressivement l'organisation d'outils de coordination et faire de l'utilisateur la priorité. Ce temps sera mis à profit pour partager des expériences et

---

<sup>77</sup> Albert EINSTEIN

s'organiser, se former, converger vers l'accompagnement au parcours de la personne et le plus sereinement possible.

### **3.1.1 La méthodologie d'approche du travail avec les responsables d'unités**

Ma nomination intervient suite aux difficultés chroniques des services cuisine et Ehpa. Le contexte<sup>78</sup> est important et je souhaite apaiser la situation. Sans renier leurs quotidiens compliqués, je peux aider les responsables à l'assumer plus efficacement en m'y associant pour échanger nos visions et décider de la meilleure manière d'y arriver. Mon objectif est de ne pas les dévaloriser malgré leurs difficultés actuelles, et de gommer la perception négative de leurs « mises sous ma responsabilité » puisqu'ils relevaient de la direction générale. Cette étape prendra du temps, mais le but est de démarrer sur des bases comprises, des valeurs partagées car je veux les associer et non pas les contraindre. En effet, je ne peux pas faire leur travail, j'ai donc besoin d'eux. A terme, l'intérêt est d'adopter un même positionnement lorsque nous serons interpellés eux comme moi, par les membres de l'équipe ou un bénéficiaire.

La première façon de « donner du sens » dans une organisation est d'abord d'afficher une cohésion des responsables, ce qui :

- est bien plus sécurisant que la situation actuelle pour les agents et usagers,
- accroît la visibilité du devenir de tous, donc du rôle attendu de chacun.

Ensuite, si quel que soit l'interlocuteur, le discours perçu est cohérent, alors la lisibilité de l'action en sera améliorée pour le public et les élus. C'est le but ultime du projet de pôle.

#### **L'intérêt de l'organisation par pôle : quelle valeur ajoutée ?**

Je dois tout d'abord exposer à chacun des chefs de service lors d'entretiens dans leurs bureaux respectifs les raisons et l'intérêt :

- de la nouvelle organisation par pôle pour lever les ambiguïtés et cerner moi-même des aspects inaperçus pour les régler avec chacun d'eux ;
- de mon positionnement en appui à leurs pratiques quotidiennes grâce à des outils, une aide à la réflexion et si nécessaire un renfort de positionnement avec l'équipe ou les bénéficiaires ;
- d'une démarche qui n'enlève rien à leurs prérogatives actuelles, s'ils jouent ce rôle de courroie de transmission, loyalement par des comptes rendus spontanés.

La valeur ajoutée de cette organisation, et donc leur intérêt à chacun, vient de mon positionnement par rapport à eux et vice versa. Jusqu'alors, la relation avec la direction générale est basée sur des constats, un bilan des dysfonctionnements ; l'absence de projet social du CCAS, donc d'objectifs, ne permet pas d'en cibler les avancées

---

<sup>78</sup> Cf pages 54 & 55 Tenir compte du contexte

potentielles ou en rapport. Le défaut de préparation ou de compétences aux fonctions d'encadrement occupées les met en difficulté. Le manque de supervision ne les positionne pas en manager et l'équipe est dans l'insécurité. Bref, ils reproduisent sur leurs équipes le schéma qui leur est appliqué.

Si je me positionne en guide pour orienter l'action et en soutien aux carences pour rehausser leurs compétences tout en garantissant leur autonomie opérationnelle, alors je suis en position de management de proximité conforme à la conduite de projet, ce que la direction du CCAS ne peut faire dans la situation actuelle.

### **L'intérêt de clarifier les attentes et le but à atteindre**

Les responsables d'unités, le médecin et le cadre de santé de l'Ehpad, connaissent mal la réglementation médico-sociale (les règles du jeu<sup>79</sup>), ce qui égare leur action au lieu de l'orienter. La deuxième étape de l'initialisation du projet de pôle consiste à décrire « une image de la situation que nous devons atteindre »<sup>80</sup>. Ce travail nécessitera plusieurs rencontres avec chacun d'eux afin de me consacrer entièrement au besoin d'explication, et de les rassurer. A ce stade je préciserai les objectifs réglementaires (projet de vie, prévention, bientraitance, coordination...) à atteindre, comme les besoins du public en m'appuyant sur l'ABS. Je vais devoir rappeler ou expliquer les outils indispensables à la conformité de l'activité (projets de service et de vie de l'Ehpa), et organiser l'intégration du service cuisine dans les pratiques de l'Ehpa et de l'Ehpad, et vice versa. Il en va de même pour l'animation qui devra être commune aux deux structures et donc coordonnée par un projet unique.

En tant que « ex-directeur de même niveau », ma relation va évoluer de « personnalisée à professionnalisée ». L'objectif est professionnel : mettre en œuvre la réglementation. Je prévois au besoin l'aide d'un formateur en groupe restreint (avec médecin coordonnateur), et la visite d'un CCAS déjà organisé par pôle. Mon rôle est de les éclairer, de superviser en corrigeant le tir comme eux devront le faire si besoin. Pour donner l'exemple, je fournirai ma fiche de poste rédigée par la direction du CCAS et les élus, avant d'en déterminer avec eux les articulations pratiques et de co-rédiger les leurs. Le but est de clarifier les limites d'interventions, de rappeler les missions et rôles attendus.

Une fois cette étape clarifiée et intégrée, je débiterai, aidé par chaque responsable, des sessions d'information et d'échanges auprès des équipes de chaque unité. Ceci nécessite une préparation (collaborer), un ordre du jour à communiquer d'avance, un temps à organiser pour une présence requise de tous, puis d'afficher un résumé pour trace et

---

<sup>79</sup> Selon Crozier dans L'acteur et le système, CNAM

<sup>80</sup> ib

transparence. Ce formalisme peu pratiqué à ce jour va leur demander du temps. Peu habitués aux écrits professionnels et à animer, j'apporterai mon concours par un appui de proximité, puis les secrétaires prendront le relais via une organisation différente.

### **3.1.2 La coordination des unités, quelle organisation ?**

Le but des sessions d'information est de susciter le débat, de dépassionner les relations, de repositionner les chefs d'équipes. Je veux produire les conditions d'un échange professionnel entre agents et responsables, éclairer l'avenir dans les attentes d'une organisation par pôle et amorcer un changement de valeurs. Il s'agit de passer d'une logique d'engagement personnel à une logique de services coordonnés en réponse à des besoins identifiés :

- pour le public et recensés par l'ABS 2009 et le schéma départemental,
- par la norme qui dicte sa règle et en vérifie l'application (évaluation externe).

Après cette étape essentiellement théorique et de communication, je proposerai la création d'un groupe de travail entre unités avec mission d'explorer le concept d'accompagnement et d'établir des fiches guides (signification, repère législatif, recommandations de bonnes pratiques, références documentaires, besoins de la personne et des soignants...) à présenter aux collègues. Le but est de questionner les pratiques et l'intérêt individuel, de donner du sens à une action commune. La démarche sera ponctuée par l'inscription du groupe à des conférences débats en rapport avec le sujet traité et si besoin par des formations ponctuelles. Les fiches, outils des responsables d'unité, guideront le comportement des collègues et nouvelles recrues.

J'animerai ce groupe de travail : cadrer les échanges, proposer une méthodologie, gérer le temps, faciliter les moyens.

L'organisation est en permanence source de tensions. Une régulation est nécessaire pour parvenir à la coopération<sup>81</sup>. Afin de développer la culture de la coopération, se coordonner et contribuer à une véritable identité de pôle, je prévois des changements d'organisation :

- l'institution d'une réunion mensuelle de coordination avec les responsables d'unité
- la création d'un programme commun d'animation aux deux structures auxquelles les animatrices actuelles collaboreront ;
- mutualiser les 3 secrétariats pour un accueil unique et un poste simplifié, le spécialiser en compétence et dégager quelques économies ;

---

<sup>81</sup> M.Crozier & E. Friedberg, L'acteur et le système, fiche de lecture du Cnam  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

- une commission restauration et nutrition bimestrielle active et transversale dont l'objet est de fixer la qualité de repas attendue ;
- un point hebdomadaire avec chaque responsable d'unité durant tout le projet.

La participation du conseiller municipal « responsable des personnes âgées » est indispensable à la lisibilité des actions et à son suivi, ainsi que pour les rapports faits auprès des élus. Elle donne légitimité au programme de travail, cohérence politique, et un affichage fort vis-à-vis des participants. Il se trouve que cet élu, motivé, est un ancien cadre du secteur de la gériatrie, ce qui lui confère en plus une certaine reconnaissance.

### **La réunion de coordination mensuelle : prévenir et s'organiser**

Je crois à l'intérêt d'institutionnaliser une réunion de coordination avec au minimum les acteurs du pôle hébergement, le psychologue et en fonction des évènements, des professionnels ou des particuliers (représentant du Clic, de l'hôpital, d'autres services du CCAS, une famille qui relaterait un problème vécu...), pour un fonctionnement intégré.

La réunion mensuelle de coordination entre responsables d'unités aura pour objet :

- d'informer et présenter aux collègues les contributions du travail entre unités ;
- de relater les évènements et difficultés (menu modifié sans préavis, atelier thérapeutique commun non réalisé...) par service du pôle afin d'en partager la compréhension et d'effectuer un retour auprès des équipes avec solution prévue ;
- de se coordonner avec les responsables des services à domicile et le TDS : difficultés liées à l'aggravation de la dépendance, besoin d'accueil séquentiel... ;
- de suivre le parcours des usagers et l'activité des unités, de coordonner la participation des unités et de développer des projets communs ;
- de programmer la commission d'admission et la prise en compte des besoins.

Le partage des préoccupations liées au projet en cours au sein des unités et les principes d'actions apportées en réponses, amélioreront la cohésion globale de l'organisation. La réunion instaure une logique de prévention, car les protagonistes devront avoir fait le point sur leurs bénéficiaires en limite de prise en charge, et permet d'exploiter prioritairement l'équipement du CCAS. La participation d'autres services du CCAS crée des passerelles indispensables et une collaboration multidisciplinaire autour de l'utilisateur et non plus centrée sur le fonctionnement de l'unité. Ces réunions sont l'occasion d'introduire, suivre et débattre d'indicateurs de performance (taux mensuel d'occupation, d'absentéisme, de dépense, de repas produits, durée et nombre de séjours hospitaliers...).

Actuellement le responsable financier du CCAS suit l'exécution des budgets. Bientôt chaque chef d'unité suivra son budget avec mon aide préalable. En période récessive (réduction de la subvention Mairie), mieux appréhender sa réalité financière est un levier



de transparence pour éviter une interprétation erronée des équipes ou familles. L'intérêt est aussi d'améliorer la prévision budgétaire de chaque unité et de professionnaliser la démarche. Ces rencontres organisées sous ma responsabilité s'effectueront d'elles-mêmes lorsque les responsables auront pris l'habitude de travailler ensemble et de se coordonner. Je pourrai alors dire qu'il y a eu changement de culture sur ce point.

### **Un programme d'animation de la vie sociale pour le pôle hébergement**

Un programme d'animation formalisé et évalué existe déjà à l'Ehpad, mais à l'Ehpa il est le fait de l'animatrice, aide-soignante de métier, et ne répond pas à des objectifs partagés. Les réunir permet de renforcer l'identité du pôle et la lisibilité d'une action organisée par le CCAS, d'en déterminer les orientations de « prise en considération et de prévention » à travers les thèmes suivants non limitatifs (cf ABS):

- lutter contre le sentiment de solitude des résidents par des activités adaptées et intergénérationnelles, promouvoir le lien avec la famille ;
- dédramatiser l'admission en Ehpad par des échanges et activités constants entre les deux structures et les services de maintien à domicile ;
- préserver l'autonomie par un panel d'activités tant cognitives que gymniques ;
- ouvrir les activités en structures aux personnes âgées isolées à domicile en lien avec le CLIC et les services de maintien à domicile du CCAS ;

Je préconise de créer une commission « animation, vie sociale et réseau » avec les animatrices actuelles, les élus en charge de la citoyenneté et de la personne âgée, les chefs d'unités, des représentants d'associations locales et du CLIC.

L'extension de l'Ehpad est soumise à un avenant à la convention tripartite. J'ai un accord de principe pour un temps plein de l'animatrice de l'Ehpad. Je souhaite mutualiser ce poste sur les unités du pôle, mais plus délicat, je dois proposer à l'animatrice de l'Ehpa de quitter à terme ce rôle pour rejoindre les aides soignantes de l'Ehpad. En effet, la pénurie de professionnels formés et le besoin de recrutement proche m'obligent à optimiser les compétences disponibles. Son remplacement peut bénéficier soit à une personne en contrat unique d'insertion en partenariat avec le service insertion du CCAS, soit à une future professionnelle de l'animation en formation par alternance. L'animatrice de l'Ehpad a déjà managé un apprenti. Je souhaite une « référente » unique du programme du pôle hébergement et si possible garder sa collègue à la commission présidée par un élu, et dont les travaux (programmes, partenariats) seront présentés aux conseils de vie sociale.

### **Un lieu d'accueil unique : l'intérêt de simplifier**

La qualité de l'accueil<sup>82</sup>, objectif visé ici, est souvent sous-estimée en termes d'efficacité du cheminement de la personne. Le premier contact, souvent négligé, est source potentielle de pertes de temps, d'incompréhension ; or il est primordial pour la suite du service, sa lisibilité externe et sa réputation. L'accueil du CCAS est trop généraliste pour être performant. Chaque unité dispose de son numéro de téléphone, son copieur/fax, son local d'accueil qui est confié à une secrétaire pour l'Ehpad, à un agent reclassé pour inaptitude (souvent en maladie) à l'Ehpa, et à un agent en contrat d'insertion pour la Cuisine. Toutes méconnaissent l'offre globale du CCAS et les caractéristiques de la personne âgée mais se débrouillent sans aucune formation, et effectuent diverses tâches dont l'accueil. La qualité de l'accueil du public est très inégale et discordante, elle nécessite une méthode et un processus dans l'intérêt de l'usager :

- a) se présenter dès l'arrivée ou l'appel de la personne, personnaliser l'accueil et donner des repères simples quant à son éventuelle attente ;
- b) organiser un entretien personnalisé, au cours duquel l'agent offre une réelle écoute (basculer le téléphone sur répondeur...) et une garantie de confidentialité ;
- c) formuler une réponse d'attente ou définitive, ou réorienter avec prise de relais pour éviter la sensation de faire seul du « porte à porte » : prise de rendez vous en commun, contact ou vérification et orientation,
- d) clôturer l'entretien en vérifiant que la démarche du CCAS a été comprise (à cause du public fragilisé et de l'intérêt d'évaluer), et pourra être suivie par d'autres intervenants.

Ce processus nécessite cependant :

- le recrutement d'agents motivés et compétents, permettant de valoriser cette fonction essentielle d'accueil et d'orientation de personnes fragiles ;
- une formation continue, pour prendre de la distance avec les difficultés quotidiennes et professionnaliser d'avantage les trois agents qui s'y relaieront ;
- un référent qui réceptionne le dossier pour les 3 unités du pôle, un numéro unique. La spécialisation, sur cette tâche, des secrétaires et du psychologue parfois ;
- le suivi systématique par mails des évènements nécessitant coordination ;
- la formation des agents à l'évaluation de la dépendance : faire un premier tri sur les incohérences fréquentes des dossiers et relancer la procédure d'évaluation ou orienter la personne vers l'Ehpa (Gir 5 & 6) ou l'Ehpad, ou l'hôpital en cas de GIR 1 ;
- la constitution d'une base de donnée relative aux institutions, services sociaux et associations du secteur, avec noms et coordonnées pour les joindre, jours d'ouverture, modalités d'accès et personne ressource si possible.

---

<sup>82</sup> Le guide pratique du CCAS, éditions Weka, mise à jour régulière  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

La gestion des postes dépend du statut de l'agent et échoit à la DRH en Mairie. Si j'ai un poste de catégorie C à pourvoir, en pratique, tout agent de catégorie C peut l'obtenir qu'il soit du service voirie, piscine... ou du CCAS. La présence d'un élu à nos réunions permettra d'intervenir auprès de la DRH, pour limiter l'effet d'interchangeabilité et promouvoir le métier lié à l'accueil du public âgé, et stimuler l'intérêt pour ce poste.

L'intérêt matériel est de libérer ces espaces inadaptés à la fonction accueil pour un lieu unique, le mieux étant l'Ehpa. Les conditions de travail des agents s'améliorent, (l'accueil perturbe l'exécution continue d'autres tâches) et le public bénéficiera d'un accueil permanent, ce qui n'est pas vrai à ce jour pour la cuisine et l'Ehpad. Ce dispositif permet un discours unique et cohérent face au public et offre une meilleure lisibilité. Je ferai un point hebdomadaire avec l'hôtesse et serai avisé par mail des demandes à coordonner. Je pourrai alimenter la réunion mensuelle et agir au quotidien avec plus d'efficacité.

### **La commission nutrition et restauration : garantir la qualité attendue des repas et plus encore ?**

Le temps des repas rythme la vie institutionnelle et devrait constituer un plaisir partagé. La qualité inégale constatée, la difficile individualisation des menus (aversion de goût) et le gaspillage engendré sont l'opportunité d'agir. La cuisine centrale ne pourra plus produire au regard de ses seuls critères. Elle devra progressivement intégrer :

- les préconisations du plan national de nutrition pour la santé (personnes âgées)<sup>83</sup> ;
- la production de menus sur prescription médicale (régime sans fibres...) ;
- la possibilité de servir un plat de substitution tout le temps ;
- la problématique de déshydratation toute l'année ;
- des menus adaptés (mixé, semi mixé, enrichi, sucré, hydratant...).

Ces objectifs ne concernent pas que la cuisine centrale, dont la qualité de production en liaison froide peut être altérée si la technique de réchauffage n'est pas maîtrisée en office par les agents (de catégorie C). C'est ici la même problématique de reclassement sans formation des agents (interchangeabilité) vue plus haut.

Rôle de la commission : faire respecter les goûts et la convivialité ainsi que les objectifs de prévention de la dépendance par la nutrition adaptée au public fragilisé par l'âge. Il s'agit au delà de la convivialité du repas, d'un travail coordonné entre, l'équipe médicale, la diététicienne, les responsables des services, les élus et les usagers qui composeront cette commission. Peu pris en compte par les soignants, la perte du goût et les problèmes

<sup>83</sup>

bucco-dentaires privent l'utilisateur d'un plaisir de l'existence qu'est la nourriture, aggravent aussi la perte d'appétit et la dénutrition, et ne concerne pas la qualité alimentaire.

Je vise l'application de règles hygiéno-diététiques et du dépistage adapté à la prévention de la perte d'autonomie. Il s'agit d'un volet alimentaire pour l'unité Alzheimer, de protocoles de nutrition pour diabétiques, insuffisant cardiaques... ; de déterminer les sujets à risques<sup>84</sup>, de coordonner les équipes jusqu'à la distribution des repas qui ne peut plus être un acte anodin détaché du projet de vie de la personne<sup>85</sup>. Ces protocoles une fois créés, serviront à informer les équipes soignante et hôtelière, et dans un rôle plus éducatif, le public, des effets de la dénutrition sur le vieillissement et des pistes pour en réduire les risques<sup>86</sup>.

Il y a beaucoup de tabous en la matière : consommation d'alcool, régimes pour diabétiques, vigilance à l'hydratation seulement l'été, méfaits du sel... Il y a sur ce sujet, je le crains, de la maltraitance par ignorance, habitude ou facilité d'organisation, et une marge de progression qui justifie l'approche réseau (diététicien hospitalier). Le but est un accompagnement adapté au besoin nutritionnel du public et bientraitant, pour préserver l'autonomie. Une commission repas existait, celle-ci la remplace et sera présidée aussi par un élu que j'assisterai en organisant la production des travaux, le suivi, la méthode...

### **3.1.3 Évaluation du processus d'organisation par pôle**

Afin de mesurer les écarts par rapport aux attendus et de corriger les modalités d'actions, j'ai besoin de définir des critères de suivi des étapes nécessaires à l'aboutissement d'une organisation mieux coordonnée :

- le nombre de participants volontaires aux commissions et de fiches produites ;
- le nombre et l'intérêt des participants au groupe de travail sur l'accompagnement ;
- l'évolution du nombre de situations de crises et de personnes dénutries ;
- questionnaire de satisfaction de l'accueil, à exploiter en réunion de coordination ;
- la présence d'élus à chaque réunion de coordination et session de travail ;
- le nombre de rencontres informelles entre responsables d'unités pour solutionner des problématiques sans attendre les réunions mensuelles de coordination ;

La coordination est transversale au pôle hébergement et au CCAS. Évaluer son action est délicat, car ce qui dégrade considérablement sa visibilité (interne aux unités) et sa lisibilité (externe), c'est le nombre d'acteurs (et d'institutions) en cause. Définir ensemble les

---

<sup>84</sup> Usage du MNA (mini nutritional assesment) à l'admission et après : 18 questions pour évaluer la dénutrition du sujet âgé. Bilan biologique sanguin demandé par le médecin coordonnateur...

<sup>85</sup> D'où l'intérêt de la participation de l'agent hôtelier au projet de vie pour compléter le soignant

<sup>86</sup> Conformément aux préconisations de l'ABS § 1.3.1

objectifs de la coordination interne et externe sera l'objet des premières réunions de coordination : examiner l'environnement, les manques, les réclamations des usagers, nos propres problématiques... permettra d'alimenter les réunions et de créer une démarche d'amélioration constante et de coopération. Je m'attends, de la part des chefs, à un frein relatif au temps de préparation et de travail (et non plus de présence) en réunion. Je ne prétends pas pouvoir évaluer le gain de temps et de stress d'une action coordonnée, mais je suis persuadé que la comparaison penche en faveur d'une organisation décloisonnée.

### **3.2 Les moyens d'accompagner durablement le projet : vers un changement de méthode ?**

L'objectif de ce chapitre est :

- de donner les moyens aux agents de développer une culture de l'accompagnement adaptée au public âgé, et de la pérenniser ;
- de contribuer à une identité de « pôle hébergement personnes âgées » ;
- d'harmoniser à terme les pratiques et de pallier à l'interchangeabilité des agents.

La conséquence de cette pratique administrative est l'insécurité de la relation régulièrement renouvelée avec de nouveaux agents. Cette instabilité est néfaste aux besoins de repères des résidents fragiles psychiquement.

A terme cette conception nouvelle de collaborer (entre unités, élus, bénéficiaires), et aussi de recruter, doit favoriser le parcours de l'utilisateur et mettre l'équipement du CCAS à disposition du public plutôt que l'inverse, et ce, quel que soit l'agent. Ce résultat ne peut être opérationnel que si l'approche conceptuelle est étayée de manière durable par :

- l'élévation et le maintien des compétences des agents ;
- l'élaboration d'un parcours d'évolution professionnelle des agents (entre services et de progression individuelle) qui réduirait les risques d'usure ;
- les outils méthodologiques d'aide à l'analyse des besoins et à la définition des rôles et compétences de chacun.

Il s'agit d'étayer les décisions et de donner du sens au recrutement particulier des agents du CCAS, ce qui à ce jour, sans méthode adéquate ni identité, ne peut être objectivé.

#### **3.2.1 Comment élever et maintenir le niveau des compétences des agents ?**

« La<sup>87</sup> prise en charge trop binaire (sanitaire ou médico-sociale), traduit un manque d'accompagnement dans l'intervalle des réponses. D'autre part la qualité de service est inadaptée par défaut de valorisation des métiers du social et de formation ad hoc ». Selon

---

<sup>87</sup> Cf § 1.3.1 constats de l'ABS

moi, la réponse est la mise à niveau des connaissances et le recrutement de compétences, ce qui confère à l'organisation l'opportunité de prendre soin de ses agents. C'est pleinement réalisable avec le Centre National de la Fonction Publique Territoriale, car la formation est d'un coût abordable, et l'offre riche et modulaire. Subsiste le souci de l'effectif minimum à maintenir pour la sécurité du public et le fonctionnement quotidien.

### **Les compétences à recruter**

Actuellement les familles et les résidents ne bénéficient pas d'un accompagnement psychologique en cas de besoin :

- pour dédramatiser le passage du domicile à l'institution,
- lors des retours d'hospitalisation avec perte d'autonomie ;
- en appui des activités d'animation de la vie sociale ;
- ou lors de difficultés entre un résident, sa famille et l'équipe ;
- pour limiter l'usure professionnelle lors des fins de vie.

Comment repérer les modifications du comportement (agressif, désinhibé, détresse...), interpréter et anticiper ses conséquences sur la qualité de vie. Je crois à l'emploi d'un psychologue spécialisé en gérontologie avec pour « ambition de mutualiser les réponses et d'offrir une structuration, une vision d'ensemble qui relie prévention et traitement »<sup>88</sup> et :

- de rééquilibrer la prise en charge du biomédical vers l'accompagnement pluridisciplinaire grâce au groupe d'échange<sup>89</sup> à créer au besoin ;
- de faire le lien avec le parcours de vie du sujet et sa relation à la structure afin de promouvoir le comportement à tenir à partir de faits partagés entre agents ;
- de recourir à la thérapie en dernier ressort et de le mentionner au projet de soins. D'élaborer des guides de d'attitudes en réaction aux comportements d'agressivité, de détresse, de désorientation ... pour usage interne et diffusion externe.

A l'Ehpa des conflits réguliers ont lieu à cause de l'hétérogénéité d'âges, d'horizons et de besoins des locataires. A l'avenir le public sera de plus en plus précaire, voir asocial. Les agents peu formés auront besoin de l'appui du psychologue en interface, afin de dévier les tensions relationnelles de type frontal vers un échange de type triangulaire.

A l'Ehpad les personnes admises seront bien plus âgées, avec une dépendance plus cognitive que motrice. A ce jour aucune aide externe, aucun outil ne permet à l'équipe d'adapter son comportement ou d'éclairer ses pratiques. La famille souffre autant que l'équipe de l'impuissance affichée devant la dégradation constatée chaque mois.

---

<sup>88</sup> Anesm : Recommandations de bonnes pratiques : Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents.

<sup>89</sup> Recommandation Anesm citée supra

Le psychologue pourrait être un atout en participant à la procédure d'admission en Ehpad comme en Ehpa, pour orienter nos pratiques dès la phase critique de l'admission qui, vécue comme une véritable rupture, justifierait parfois un accompagnement individuel.

Face à l'évolution des troubles du comportement, d'un public différent dont les besoins méritent d'être mieux cernés et étayés, l'approche à développer doit associer le thérapeutique et le psychologique. L'objectif est d'être bientraitant, de mieux connaître la personne, ses facultés, mais aussi de dépister plus tôt les problématiques à venir.

Cette compétence donnera les clés de la compréhension des situations sous un angle inhabituel à ce jour et en lien avec le parcours de vie de la personne, son accueil, ses habitudes, ses besoins, sa personnalité. Il me semble pouvoir ainsi aménager une voie intermédiaire à la réponse thérapeutique et combler l'intervalle dont la faiblesse a été relevée par l'ABS tout en renforçant les conditions d'un parcours décloisonné.

Au-delà du rôle d'interface, je compte sur le psychologue pour apporter un soutien dans l'élévation des compétences des agents et de l'équipe soignante. Outre rééquilibrer ainsi le couple médecin coordonnateur / cadre de santé, dont l'orientation naturelle est sanitaire, son intervention donnerait à nos réunions hebdomadaires une coloration préventive et d'ouverture par l'approche multidisciplinaire du sujet.

Afin de l'y aider, je renforcerai les ressources par le recrutement d'un psychomotricien, inexistant à ce jour. Son rôle :

- expliquer à l'équipe les raisons psychologiques de la perte de motricité ;
- préconiser les moyens de la compenser ou d'en réduire l'évolution ;
- compléter le bilan psychologique de la personne à son admission et après.

« Bilan » les capacités à l'admission permet de s'inscrire dans une logique d'évaluation continue du sujet en donnant les axes d'accompagnement nécessaires à leur maintien. Le psychomotricien intervient donc dans le projet de vie, ce qui m'intéresse particulièrement parce qu'il répond à l'objectif de prévention et ainsi favorise « le bien vieillir » en institution. L'aspect budgétaire du recrutement de ces professionnels a été étudié avec les autorités respectives, et devrait être validé dans l'avenant à la convention tripartite de l'Ehpad.

### **Déterminer une politique de formation pluriannuelle**

Les rencontres pour préparer les équipes à l'organisation du pôle hébergement, le groupe de travail, sont l'occasion de cerner les difficultés actuelles à répondre aux besoins et d'établir le plan de formation ad hoc (Alzheimer, nutrition, accompagnement ...).

Je vais donc mettre en place avec mes responsables de services :

- un plan de formation annuel par unité grâce à l'offre étoffée du CNFPT ;
- des formations en interne avec mixité des agents du pôle hébergement et des services de maintien à domicile du CCAS ;

- prévoir des rencontres avec le CCAS de Chambéry sur des thèmes communs ;
- travailler avec le médecin coordonnateur dont c'est l'une des missions, à la formation interne à l'Ehpad et l'ouvrir par roulement en fonction des thèmes (nutrition, comportement et démence...) aux agents des autres unités ;
- mettre à profit nos relations avec les laboratoires pharmaceutiques et fournisseurs pour des sessions d'informations gratuites sur les pathologies, la gérontologie ;
- développer un programme plus spécifique avec l'appui d'un psychologue et d'un psychomotricien pour pallier au tout thérapeutique ;
- développer la collaboration avec la psychiatrie de secteur afin de créer des supports de formation et des rencontres avec les agents, avant crise.

Le plan de formation fera l'objet d'une lettre de cadrage de ma part et de l'élu, afin que les vœux émis concernent les objectifs à atteindre. Une analyse avec les chefs d'unités et un élu en déterminera les priorités, avant de rencontrer le CNFPT pour programmation pluriannuelle. Le financement relevant de budgets différents, la DRH devra valider l'inscription au budget CCAS des plans relatifs à l'Ehpa et à la Cuisine.

Une fois les supports de formations internes établis avec le médecin coordonnateur, ils serviront à informer le public autonome de l'Ehpa. En les y associant sur invitation comme les familles des bénéficiaires des autres services du CCAS. L'objet est d'accompagner, sensibiliser le public aux problématiques du grand âge. L'objectif est de dégager des considérations communes, avec les familles et les bénéficiaires, pour tendre vers un rôle d'éducation au vieillissement par le biais de la prévention. Par habitude je compte sur l'implication du chef du service gériatrique hospitalier et de quelques médecins de ville.

### **Promouvoir le parcours des agents de catégorie C**

Ces agents, les plus nombreux, ont un rôle insuffisamment valorisé et sont beaucoup trop interchangeables. Hormis les aides-soignantes recrutées sur qualification, les autres agents sont recrutés au grade d'agents sociaux dont les tâches sont polyvalentes (hygiène des locaux, restauration, aides à la personne âgée, gestion de stocks, animation...), et traduit un métier « fourre-tout » et déstabilisant, voire dévalorisé parfois.

Compte tenu de la pénurie d'aides-soignants et de l'organisation en cas d'absence pour maladie, il est courant que des agents sociaux fassent fonction d'aide-soignant. Or l'importance de ce rôle en Ehpad leur confère reconnaissance mais les déstabilisent aussi, car ils endossent l'uniforme mais ni le métier, ni le traitement. Cela crée des dissensions dans l'équipe, aussi je tiens à ce que les agents sociaux soient co-référents des résidents, en binôme avec une aide-soignante. Le rôle des agents sociaux se justifie dans la complémentarité, du fait du rapport particulier à l'espace du résident qu'ils



connaissent bien, ses habitudes, ses goûts et de leur relation à la personne plus qu'à son corps.

Il s'agit de revaloriser une contribution souvent convenue comme négligeable du fait de la prééminence de l'approche médicale, alors même qu'on les oblige à assister aux transmissions ciblées ; leur avis est toléré mais avec voix consultative. Autant leur donner voie au chapitre et afficher clairement un binôme, la possibilité d'un parcours d'évolution professionnelle et d'en faire un critère de recrutement. Surtout qu'après deux ans de « faisant fonction », l'agent social peut accéder par la VAE au métier d'aide-soignant. Il est donc indispensable de prévoir annuellement au budget, la formation de 2 agents sociaux et de promouvoir régulièrement deux « faisant fonction » au planning pour alimenter ce parcours de 12 mois prévu par le CNFPT depuis quelques petites années.

Créer et maintenir un vivier de compétences se prépare dès le recrutement et nécessitera un programme et une organisation adaptés à l'acquisition des compétences (rôle de l'infirmière, binôme avec une aide-soignante qualifiée). Actuellement, des agents parmi les plus expérimentés ne désirent pas évoluer et représentent parfois un contre-pouvoir face aux nouvelles recrues aux velléités de parcours professionnels affirmées. Je constate que les fonctionnaires qui proviennent du service d'aide à domicile sont performants. Confrontés à la diversité des situations du domicile et ne pouvant compter que sur eux-mêmes, ils font preuve d'initiatives et d'adaptabilité. Leurs motivations :

- obtenir un temps plein car c'est impossible au service d'aide à domicile ;
- ne plus utiliser leur véhicule personnel pour se rendre chez les bénéficiaires ;
- intégrer une équipe pour rompre avec la solitude du métier d'aide à domicile.

Il y a une réelle opportunité à organiser un parcours professionnel entre les services du maintien à domicile et les établissements du CCAS. Je travaillerai à ce sujet avec l' élu.

### **3.2.2 Outiller les responsables d'unités, les positionner en manager**

#### **L'entretien annuel de progression**

Aucun entretien annuel d'évaluation n'a lieu. L'organiser, c'est faire le point sur les besoins d'accompagnement des agents en termes de connaissances, d'outils pratiques, de comportements attendus, de techniques à maîtriser et à appliquer... et de besoin de mutation de service, de progression professionnelle.

La démarche permettrait de déterminer les critères objectifs d'évaluation des efforts à fournir, d'assimilation des compétences recherchées. En disposer est primordial pour orienter l'action de management et l'exercice du pouvoir de direction de manière objective

et performante. Actuellement, exiger d'un agent un comportement différent, ou lui faire un reproche sur sa pratique est perçu comme une mésentente entre l'agent et le chef. La relation est basée sur l'affectif à défaut de critère productif serai-je tenté d'écrire. L'intérêt est de donner du sens au positionnement de chacun par rapport à un objectif de compétences, pour lequel l'agent bénéficiera d'une formation, de l'appui de son chef (nouveau) et dont la structure doit vérifier le bénéfice pour le public. La valeur ajoutée de cette mesure tient dans l'orientation de nos perceptions professionnelles vers des aspects techniques mieux partageables, sources de sérénité pour les agents et l'organisation.

Je vais mettre en œuvre cet entretien en commençant par les têtes d'unités avec l'aide de la DRH qui en a les outils. Je doute cependant de pouvoir respecter l'annualité prévue, car le généraliser à tous les agents est très chronophage, d'autant plus que je devrais assister mes responsables au moins au début.

### **La fiche de poste**

Ce document à l'usage des responsables d'unités et des agents est le descriptif du poste dans son environnement en référence à la mission donnée. Outil de communication (échange sur le poste avec le supérieur), il aide à clarifier l'organisation et à faire le bilan de l'activité de celui qui la détient. Ce document complète l'entretien de progression.

Trop peu nombreuses, désuètes, les agents sociaux la réclament. Devant l'étendue des tâches (agent à tout faire) et la suppléance d'aide-soignant en cas d'absence imprévue, cet outil permettrait de définir qu'une aide-soignante peut aussi faire fonction d'agent social. L'intérêt de la fiche de poste est de délimiter le champ d'action du poste pour mieux en cerner les attendus et le comportement, donc les compétences de référence auxquelles se référer. Ce document corrélé avec le plan de formation et l'organigramme :

- accentue la cohérence de l'organisation en ce qu'elle attend de chaque poste ;
- clarifie le rôle de l'agent dans l'organisation des tâches et les responsabilités ;
- permet de définir le profil du poste et donc de l'agent (qualités, compétences, savoir-être...) lors d'un appel à candidatures pour poste vacant ;
- donne une visibilité du parcours professionnel, le positionnement attendu dans l'accompagnement du public et rappelle ses liens hiérarchiques et fonctionnels.

### **La traçabilité des réalisations**

Les aides-soignantes et infirmières complètent des diagrammes de soins pour attester de la réalisation des actes par résident. Les agents sociaux hormis l'office et à la cuisine, ne complètent aucun document permettant de tracer le travail effectué ! ?

Afin d'harmoniser les pratiques et d'équilibrer les exigences, je veillerai à l'usage de fiches de travail dans chaque pièce avec rappel des actions à effectuer, la périodicité, le nom de l'agent, la date et la signature. Le cadre de santé les contrôlera périodiquement et les

relèvera chaque mois. L'intérêt est que même les résidents et familles pourront vérifier le travail effectué. Cette méthode transparente associe le public à la qualité de service, vérifiable en cas de litige avec l'institution, et responsabilise les agents sociaux.

L'ensemble de ces documents (fiches de poste et de travail), permet de mettre l'activité sous contrôle, en ce sens qu'il permet de maîtriser les tâches à réaliser à la journée par poste, et non d'espionner. Mon rôle sera de superviser ce travail des chefs d'unités avec leurs agents : rédaction à partir de modèles et sans doute remise à plat de l'organisation. Concernant la fiche d'entretien annuel de progression, je la réaliserai avec le cadre de santé et la DRH, car je souhaite anticiper sur la mise en œuvre de cet entretien bien que le temps nécessaire à sa correcte réalisation et exploitation, me préoccupe.

### **3.2.3 L'évaluation de ces actions**

L'intérêt de disposer de ressources en compétences telles, que psychologue et psychomotricien s'apprécie, au nombre d'interventions auprès des familles et de l'équipe pour étudier les solutions envisageables. Plus ils sont réclamés et plus ils seront utiles ; je m'attacherai particulièrement à leurs sollicitations par le couple médecin coordonnateur / cadre de santé qui, plus qu'un indicateur, me permet d'évaluer si la prise en charge tend vers l'accompagnement et la prévention, et si l'objectif de rééquilibrage est possible.

Concernant la professionnalisation des agents : le nombre annuel de personnes formées est un indicateur exigé dans les rapports annuels de bienveillance et d'activité.

Je concentrerai mon attention également sur le nombre de personnes participant aux rencontres avec d'autres CCAS et professionnels du secteur : cela traduit un intérêt pour la comparaison, ces échanges promeuvent l'ouverture d'esprit et l'analyse.

La professionnalisation par la VAE : les agents ainsi formés au métier d'aide-soignant, me permettent de suivre l'objectif annuel d'un vivier de compétences à maintenir.

Le suivi de la production des commissions : nombre de protocole, fiches guides et actions innovantes. De la même manière, la production d'un programme d'animation et d'échanges, de nouvelles actions en réseau, m'indiqueront l'avancée du projet.

Afin d'évaluer si l'organisation protège mieux ses professionnels : la stabilité ou turnover de l'équipe par catégorie professionnelle serait un critère de satisfaction par poste. Je réclamerai au service DRH le taux d'absentéisme pour animer les réunions mensuelles (non valeurs, coûts et fatigues), et essayer d'enrayer le processus avec les chefs d'unités.

Enfin, une enquête annuelle de satisfaction adressée aux professionnels et familles sur la manière dont l'organisation par pôle, et le travail en coordination leur convient, me semble intéressante à exploiter et canalise les remarques dans l'anonymat. Une communication

au conseil de vie sociale compléterait efficacement ce dispositif, pour informer, débattre des actions d'amélioration en réponse aux remarques, et situer l'avancement du projet.

### **3.3 Partenariat, réseau, comment améliorer la qualité de l'accueil ?**

Des initiatives existent déjà en matière de réseau et partenariats, mais ne sont pas formalisées. Elles reposent sur une relation amicale ou professionnelle, sont issues d'une simple préoccupation commune qui débouche sur l'intérêt partagé d'unir ses moyens.

Au sein du CCAS entre autres, le besoin d'agir en partenariat s'impose à chaque fois que l'urgence d'une situation exige une solution plurielle. Il s'agit maintenant dans l'intérêt du public hébergé de décrire ces actions partenaires et de les développer.

- La première étape consiste à formaliser les actions en cours issues de la bonne volonté des acteurs, afin de les pérenniser si ces derniers venaient à changer.

- La seconde étape est de les développer dans le but de mieux articuler le sanitaire et le social (objectifs du futur schéma départemental) ainsi que les unités au sein du CCAS.

- L'étape ternaire est de communiquer pour éduquer les aidants informels aux effets du vieillissement et de sensibiliser les professions libérales médicales aux moyens de dépistage et de prévention du vieillissement.

Le but final est l'affirmation et la promotion du droit des usagers, qu'ils s'appellent « résident, patient, malade, vieux ou séniors... » et l'instauration d'une culture gériatrique adaptée aux enjeux de la population aixoise, la plus âgée de Savoie.

#### **3.3.1 Formaliser les actions en cours**

Cette organisation par, sa complémentarité organisée en réseau, améliore :

- l'articulation entre CCAS et hôpital d'Aix-les-Bains et Chambéry et la psychiatrie ;
- la lisibilité de l'offre territoriale mieux adaptée aux besoins de la population ;
- les collaborations et le développement des initiatives autour de l'accompagnement et de la santé de l'utilisateur.

#### **Améliorer la prise en charge des troubles mentaux et l'hospitalisation à domicile**

L'Ehpad travaille sporadiquement avec la psychiatrie de secteur, c'est-à-dire lorsque le médecin coordonnateur et l'équipe soignante n'arrivent plus à contenir les problèmes comportementaux d'un résident. C'est souvent sous la pression des agents et des soignants d'ailleurs et après information de la famille que l'équipe du centre médico-psychologique est sollicitée. Les cas de démences ou de pathologies cognitives augmentent ces dernières années sans que nous puissions anticiper leurs conséquences sur la qualité de la vie du groupe, ni sur les comportements professionnels à adopter.

Par ailleurs, l'hôpital psychiatrique a des patients stabilisés âgés qu'il ne peut plus garder. Des patients bénéficient à domicile d'un suivi psychiatrique de l'équipe mobile (deux infirmiers et un psychiatre). Dans les deux cas, un hébergement institutionnel plus cadrant pour ces patients stabilisés serait plus approprié et l'Ehpad est sollicité en ce sens.

Je pousse régulièrement le projet d'une convention avec la psychiatrie de secteur qui y est favorable sous conditions. A ce jour, la directrice de l'Ehpa refuse tout patient de ce type, mais le projet de pôle peut débloquer les choses. L'extension de l'Ehpad et la possibilité d'admissions en Ehpa, permettraient en échange de l'intégration de leurs patients, de bénéficier :

- de l'équipe mobile psychiatrique qui continuerait le suivi de ces patients en structures du fait de leur traitement au long cours, et ainsi de collaborer avec mes équipes ;
- de conseils et de traitements du psychiatre, lors d'une visite mensuelle, après synthèse d'une situation préoccupante par le référent et le médecin coordonnateur ;
- d'hospitalisation facilitée en cas de comportement entraînant des perturbations graves sur les structures (Ehpad et Ehpa) ;
- de collaborations croisées des psychologues pour enrichir nos compétences, et développer les connaissances et le comportement préventif des soignants ;
- de rencontres avec les familles qui souffrent de la dégradation de la santé mentale de leurs aînés, afin de faciliter une prise en charge plus « psychogériatrique », et ainsi permettre au résident de demeurer en Ehpad avec les soins adaptés.

Afin de réduire la durée des séjours hospitaliers, la perte d'autonomie concomitante et de satisfaire la plupart des résidents, une convention d'hospitalisation à domicile (HAD) sera conclue avec le CCAS. C'est l'hôpital de Chambéry qui gère ce service (30 places) de soins médicaux et paramédicaux (ergothérapeute, psychologue). Le médecin traitant choisi librement par le résident assure le suivi médical en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD. Cette solution atténuerait les traumatismes de l'hospitalisation et préserverait le lien social du sujet sans faire obstacle aux soins ni à la qualité de vie.

Développer ces coopérations enrichit l'offre de prestations et les connaissances mutuelles des équipes médicales, optimise l'accueil des personnes et du fait du peu d'établissements psychogériatriques, c'est une opportunité qui améliore conséquemment la qualité de l'accompagnement et du travail en réseau au CCAS.

### **Formaliser et développer le partenariat avec l'hôpital d'Aix-les-Bains**

Les relations avec l'hôpital se développent naturellement du fait de la fermeture de services (chirurgie, maternité...), et de l'essor concomitant de la gériatrie. Nous gérons de

façon complémentaire les mêmes dossiers déposés dans plusieurs structures, car non avisés du changement de situation du demandeur (décès, ...) : nous perdons du temps.

Bien que médicalisé, l'Ehpad du CCAS ne peut maintenir des résidents qui nécessitent des soins constants et techniques la nuit. D'autre part les retours d'hospitalisation à Aix-les-Bains sont souvent problématiques. La convention formaliserait la situation qui repose à ce jour sur la volonté du chef de service gériatrique et l'améliorerait, à savoir :

- la gestion commune de la liste active d'admission par catégorie de GIR : les patients GIR 1 sont orientés vers l'hôpital directement, ceux en GIR 2 à 4 en Ehpad ;
- la possibilité de transférer à l'hôpital un résident Ehpad dont la prise en soins serait trop technique ou constante (pas d'infirmière de nuit, ni 24h/24 à l'Ehpad) ;
- l'accueil séquentiel d'un patient de GIR inférieur à 1 ou dont l'état stabilisé ne justifie plus d'occuper un lit en service de médecin générale, en attente d'admission ailleurs ;
- un protocole de retour d'hospitalisation précisant la procédure d'organisation (horaires, contact formel, dossier médical à jour à faxer pour continuité des soins...).

Cependant, j'achoppe toujours sur la difficile évaluation du GIR qui conditionne l'orientation du dossier. Par ailleurs, l'hôpital dispose de 300 lits contre à terme 87 pour l'Ehpad ce qui peut induire un échange disproportionné et en défaveur de l'hôpital.

### **L'animation de la vie sociale**

Les structures du CCAS ont l'habitude de recourir aux services du conservatoire de musique, de la maison de la jeunesse et de la culture, des écoles et collèges. Ces échanges se réalisent en fonction de la bonne volonté des acteurs en poste et l'occasion d'un départ engendre parfois l'arrêt d'une programmation.

Je proposerai à l'élu en charge des personnes âgées de prendre contact avec son homologue à l'éducation et aux loisirs, afin de mettre sur pied un programme « citoyen ». L'idée est de joindre intérêt éducatif (les enjeux démographiques), et relation intergénérationnelle, dans le cadre de rencontres avec les résidents. Ce pourrait être un projet sur l'année scolaire pour des enfants et adolescents :

- de l'éducation nationale et des écoles d'apprentissage extra scolaire ;
- des associations qui encadrent l'activité des jeunes.

Je souhaite également développer les rencontres spectacle avec les enfants handicapés de l'institut médico-éducatif débutées en 2009.

Afin de rompre le sentiment de solitude du résident, et compte tenu de ce que certains enfants n'ont pas de grands-parents, j'inciterai l'animatrice et les élus concernés à développer le concept « d'une mamie pour chaque enfant qui n'en a pas ». Il est temps

d'aller plus loin avec l'aide de la presse locale qui s'en était fait l'écho enthousiaste à Noël 2009, et avec d'autres partenaires (CLIC, hôpital...).

L'objectif, hormis l'allègement du budget animation, est de formaliser et développer des initiatives dans un cadre qui s'inscrirait cette fois dans la politique du conseil municipal, pour un rayonnement accru de la place de nos personnes âgées sur le territoire et faire sortir de l'ombre les établissements et leurs publics, et leurs personnels !

### **3.3.2 Développer d'autres partenariats, les bénéfiques d'un réseau**

#### L'accès aux soins dentaires, quel public ?

Nombre de résidents en Ehpad requièrent des soins dentaires. Les familles gèrent le déplacement jusqu'aux cabinets dentaires de ville, difficiles d'accès au public âgé. L'hôpital dispose d'un cabinet dentaire adapté à la mobilité réduite et le praticien est habitué au public âgé. Des soins dentaire préventifs préservent les capacités masticatoires et réduisent la dénutrition. La direction de l'hôpital est favorable à l'accueil des résidents sans familles et à faible mobilité, car la demande est forte et la disponibilité du dentiste est faible. Reste à rédiger la convention de mise à disposition.

#### La collaboration avec la diététicienne, de la restauration à la nutrition plaisir ?

Le service cuisine de l'hôpital est bien plus avancé en matière de repas adapté au public âgé. Dans le passé, notre équipe a été formée à la liaison froide par l'hôpital. La possibilité de mettre en relation nos équipes respectives, d'échanger nos pratiques par des stages, me permettrait d'accélérer le processus de changement du service cuisine du CCAS. Je compte également sur une convention pour former les agents de catégorie C chargés de l'hygiène des locaux et de la remise en température des plats, qui ignorent les normes en restauration et ont appris sur place. L'objectif est de développer des synergies en matière de techniques de production et de restauration adaptées au public âgé par le biais des diététiciennes, du chef de production. En pratique, je voudrais faire prendre conscience que les menus sont à reconstruire, et que l'important est que la personne mange (la qualité prime sur la quantité) et ce, afin de pouvoir ensuite faire évoluer le service en salle vers la possibilité pour le résident :

- de manger avec les mains, debout, ou en déambulant,
- de faire participer les résidents à la conception des menus : d'avoir un plat de substitution et de traiter les aversions alimentaires,
- de stimuler l'appétit : soigner la présentation de la table, du plat, de la texture, de la chaleur (plaintes fréquentes) et préférer la qualité (gaspillage coûteux et impopulaire),
- de présenter des repas à thèmes rappelant les saisons, les fêtes calendaires ou en lien avec une animation, l'actualité...

### Développer des rencontres communes autour de la vie sociale

L'hôpital d'Aix-les-Bains a été précurseur en développant un réel service d'animation à la vie sociale. Il me semble normal de pouvoir réaliser des activités communes, afin de faciliter les relations entre équipes soignantes et de dédramatiser un transfert éventuel d'un résident à l'hôpital. Le CCAS dispose d'un minibus adapté à la mobilité réduite, et disponible. Des repas en petit comité seraient organisés entre patients et résidents qui sortent peu. Ce serait l'occasion pour les résidents du CCAS de garder contact avec leurs « amis » hospitalisés puisqu'ils l'expriment, et ainsi de maintenir le lien comme le ferait quelqu'un d'autonome. L'animatrice sera chargée de la réalisation.

### **Le partenariat avec les services de maintien à domicile**

Nombre de personnes veulent entrer en Ehpad parce qu'elles s'ennuient à domicile. Les établissements peuvent proposer des solutions pour rompre la solitude de personnes âgées à domicile et ainsi offrir plus de contacts aux résidents qui le souhaitent. Plutôt que de refuser poliment un dossier d'admission, ou d'expliquer la longueur de la liste d'attente, je préconise :

- de les inviter à découvrir les locaux, l'ambiance, en participant aux activités festives des établissements et journées portes ouvertes à développer ;
- de profiter de l'organisation d'un accueil unique, la secrétaire ayant pour rôle d'accueillir, de repérer, de proposer et de mettre en relation, voire de relancer ;
- d'informer chaque mois les services à domicile des possibilités et des modalités d'ouverture de nos activités aux non résidents (réunion de coordination) ;
- d'organiser cette collaboration avec les services du domicile : nommer un référent, contact unique de l'animatrice, qui repère les bénéficiaires isolés et propose ...

L'intérêt pour le bénéficiaire est de dédramatiser l'attente, de préparer l'admission et de lutter contre les effets de la solitude. L'écueil est le transport qui ne leur est souvent plus accessible. Ce projet, limité à 8 personnes par navette, nécessitera l'emploi du minibus du CCAS, sous utilisé. L'animatrice complétera son programme annuel de ces échanges.

L'intérêt du CCAS est de décloisonner le travail des pôles hébergement et domicile, d'instaurer des actions transversales qui dessinent le parcours de l'utilisateur à travers l'offre. Suivant le même principe, je prolongerai l'action par l'incitation à créer d'autres activités et rencontres avec la participation des services de la petite enfance et des centres de loisirs pour adolescents du CCAS. L'objectif est d'afficher dans les projets respectifs des services, la sensibilité au bien-être des générations par des actions citoyennes concertées. Avec l'accord et l'aide des élus à la citoyenneté et aux personnes âgées, je peux proposer un programme plus en phase avec la réalité démographique et les défis à



venir, et tenter de rapprocher les générations, par des moments à vivre ensemble. Je souhaite inscrire l'action du pôle hébergement dans une cohérence qui se construit en interne avant de l'exporter et qui renforce la politique de la Mairie et l'identité du CCAS.

### **La complémentarité avec le CLIC d'Aix-les-Bains**

Le CLIC de niveau 2, met en œuvre des groupes de parole pour les aidants naturels qui, confrontés au vieillissement de leurs parents, ont besoin de se rencontrer. Je souhaite proposer au CLIC l'intervention des collaborateurs du pôle hébergement et apporter une contribution et un support, par les fiches et protocoles créés en équipe.

La diététicienne peut aborder la dénutrition et l'importance du repas pour anticiper les troubles alimentaires. Une aide-soignante peut animer des séances à thèmes : « les bons gestes pour mobiliser la personne ». Les aidants ont besoin de conseils très pratiques<sup>90</sup> pour le quotidien, or les outiller renforcerait leurs connaissances, valoriserait les agents et le rôle de prévention du CCAS, ce qui favorise un meilleur maintien à domicile.

### Développer la coopération avec les professions libérales, l'information aux aidants :

Informier et former les médecins de ville perçus comme ressource par les aidants familiaux, pour optimiser les réactions adaptées à la prise en charge du public âgé sur le territoire. Je souhaite grâce aux protocoles créés par les commissions, sensibiliser les médecins, kinésithérapeutes... au dépistage de l'isolement, au maintien de l'autonomie, à la dénutrition à domicile<sup>91</sup>. La priorité est de former les médecins à évaluer la dépendance avec la nouvelle grille Aggir en partenariat avec le CLIC et le médecin du Conseil général. Cette compétence associée à une connaissance du dispositif du CCAS, que j'exposerai, améliorera l'orientation du patient, la lisibilité de l'offre et les signalements au TDS.

D'autres sujets comme : la iatrogénie et ses effets, rompre la solitude et maintenir le lien social pour limiter le recours à la médication, comment prévenir les chutes, repérer les symptômes de dégradation cognitive... sont des thèmes maîtrisés par notre médecin coordonnateur et notre pharmacien dont les diaporamas sont prêts à être communiqués et les fiches consultables, pourquoi pas, sur le site internet de la ville.

### Lutter contre l'isolement

Communiquer le programme des sorties thématiques et repas en commun, ouvrir les activités de l'établissement aux personnes âgées isolées repérées par le CLIC, ainsi qu'aux familles d'accueil pour soutenir ce mode d'hébergement peu connu.

---

<sup>90</sup> Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants ..., Grath, 2009

<sup>91</sup> Plus de 25 % des personnes âgées vivant à domicile seraient dénutries : cf Annexe 6, Evaluation IGAS du Programme national nutrition santé, p. 102

Développer avec les associations locales et le Coderpa des actions communes de bénévolat (soirée de Noël en famille bénévole, offrir une mamie aux familles qui n'en ont pas le temps d'une soirée). La convention devra prévoir d'accompagner les bénévoles.

Ces rencontres au final améliorent l'orientation du patient par le médecin de ville, confortent l'aidant dans ses pratiques et identifient l'action et l'offre de services du CCAS. De fait la politique du CCAS est plus cohérente, et surtout mieux intégrée au territoire.

### **Conventionner avec l'OPAC, pour un logement adapté ?**

La population de l'Ehpa est vieillissante et le bâtiment date des années 1970. Il m'est indispensable de programmer avec les élus concernés, auprès du bailleur, des travaux d'adaptation des logements : douches à l'italienne, barres d'appuis, éclairage... . D'autre part afin de limiter le reste à charge des résidents et compte tenu des caractéristiques des futurs occupants, demander à l'OPAC un classement en logement social permettrait à l'Ehpa de maintenir son taux d'occupation exceptionnel, grâce à un loyer modéré.

### **3.3.3 Comment évaluer l'action ?**

Suivre le nombre de participants aux ateliers d'informations avec le CLIC est révélateur.

L'essentiel est d'évaluer la qualité de vie des résidents : elle peut se caractériser par l'évolution du sentiment de bien-être, une émotivité équilibrée, une intégration sociale satisfaisante, un bon état physique ou un appétit correct<sup>92</sup>. La démarche d'évaluation se centrera sur : les conditions de vie qui doivent se rapprocher de celles de l'ensemble de la population, le maintien et la reconnaissance de la place sociale de toute personne accueillie, la prise en compte de ses besoins universels, de ses besoins spécifiques et de ses désirs, l'atténuation de toute perception de toute déviance<sup>93</sup>.

Afin d'évaluer la nature de l'accompagnement comme prestation, j'utiliserai des critères du « bien vieillir ensemble » qui allient les objectifs de bienveillance à la politique publique. Le but est d'évaluer l'écart entre réponses et besoins de l'être biologique et de l'être social dans leur complémentarité. Une enquête annuelle de l'animatrice peut sur ces thèmes, objectiver l'évolution du sentiment de « bien vieillir » de la personne, comme indicateur, et ce sur la base d'un premier entretien à l'admission. Enfin la famille doit prendre part à l'enquête pour croiser son sentiment sur l'évolution perçue du confort, de la santé et du bien-être de son parent depuis son admission. L'objectif est de corriger l'accompagnement pour ajuster les écarts constatés par rapport aux buts visés avec le sujet.

---

<sup>92</sup> Pratiques professionnelles en gérontologie, éd Dunod, pages 1112 et s.

<sup>93</sup> Qualité de vie en institution : réflexions et témoignages, Gérontologie et société N° 78, 1996  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

## Conclusion

Les politiques sociales, traversées par les crises économiques successives, ont été poursuivies pour leurs capacités à générer de l'emploi plus que pour elles-mêmes. « La bataille des ministères est une lutte pour l'emploi, pas pour les métiers »<sup>94</sup>. A cause de la précarité montante et du vieillissement, le CCAS a dû faire face à l'accroissement numéraire des besoins sociaux plus qu'à l'accroissement de leur diversité, ce qui contribue à le désorganiser. A cause de sa taille et de la baisse de sa subvention, la priorité n'est plus au développement, mais au renforcement. Le CCAS doit désormais travailler sur lui-même pour structurer son offre, la coordonner et rendre lisible le parcours de l'utilisateur pour ainsi justifier de son utilité pour la population, et rassurer l'électeur dans son choix politique.

Les nouvelles dispositions juridiques traduisent les demandes d'efficacité et d'efficience ; les exigences en matière de diagnostic et d'évaluation de l'action publique sont renforcées. Le CCAS pour y répondre doit utiliser des outils inhabituels pour ses agents. Pour modifier la culture du management, j'adapte l'organisation au parcours du public en m'appuyant sur les besoins exprimés. Je peux ainsi ménager la culture du service public, et jeter les bases d'une organisation qui tend vers l'accompagnement médico-social.

Ce mémoire présente les conditions préalables à la mise en place d'un pôle hébergement. Le plan d'actions que je propose aborde un cycle où la compétence métiers et le décloisonnement interne, doivent permettre au pôle hébergement de se construire à travers une action coordonnée pour ne plus souffrir d'incohérence.

L'objectif visé est ambitieux compte tenu de la faible culture gériatrique, de l'absence de notion d'évaluation et de la prééminence d'une organisation en unité, centrée sur elles-mêmes pour elles-mêmes. Pour aboutir à la constitution d'un véritable pôle hébergement, j'organise la collaboration transversale des unités à partir des besoins des usagers que je saisirai comme opportunités.

Lorsque les expériences vécues en commun par l'équipe permettront l'émergence d'une identité basée sur des préoccupations partagées, alors, travailler aux fondements de l'action du pôle devrait s'imposer naturellement. Le projet de pôle ne peut cependant pas définir sa propre politique et doit être intégré à celle du CCAS.

Pour cette raison, je dois intervenir auprès des élus et essayer de les convaincre de l'intérêt de rédiger le projet social du CCAS. Sans ces objectifs en amont :

- quels axes de travail aborder et développer ?

---

<sup>94</sup> JJ Amyot, *Pratiques professionnelles en gérontologie*, p. 1385, Métiers et formations  
Laurent FILIPPI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2010

- quel rôle jouer sur le territoire et avec quels partenaires ?

Le projet social aidera le CCAS à fédérer les équipes autour d'un outil de référence, d'orientations globales indispensables à l'action sociale quotidienne des agents de terrain.

Il me permettra d'inscrire chaque unité du pôle dans un projet d'ensemble et de définir :

- une stratégie pour atteindre les objectifs en amont, réelle politique d'anticipation ;
- la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes hébergées dans le cadre d'une intégration territoriale ;
- les missions par unité et les liens entre elles pour ainsi contribuer à la cohérence et au décroisement de l'ensemble des services du CCAS.

L'action du CCAS est actuellement peu intégrée au territoire, mais une implication réussie du pôle hébergement dans le tissu local, risque fort de révéler de nouveaux manques et de susciter d'autres approches. La perception de la diversité des besoins va se développer et pour s'y préparer le CCAS devra se projeter. Selon moi, sans projet social et sa mise en œuvre stratégique, il lui sera difficile de jouer ce rôle d'animateur local et de prévention. Seule une démarche d'amélioration continue permettrait dans le cadre du projet social pour le territoire, de moins subir et peut être d'anticiper ; encore faut-il que les élus le désirent et travaillent autour d'un même objectif de manière transversale. Le vieillissement est un enjeu de société qui nécessite une approche globale pour une action intégrée au territoire.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- AMYOT J.J, ARGOUD D, ENNUYER B, et al. *Pratiques professionnelles en gérontologie*, éd. Dunod, Mai 2007, 1456 pages.
- CLET.E, MADERS H.P, *Mémentos, le management de projet*, éd. D'organisation, 1995
- ENNUYER.B, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, éd. Dunod, 2004.
- HESLON C, *Accompagner le grand âge, psycho-gérontologie pratique*, éd. Dunod 2008.
- RAISSIGUIER.Y, JEGU J, LAFORCADE M. *Politiques sociales et de la santé*, éd. Ehesp 2008.
- ROCHE B, MARFOGLIA F. *L'art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir* ; éd. Ellipses, 2006.
- *Guide pratique du CCAS et du CIAS*, éd. Weka, 2006, 1700 pages, mise à jour régulière.

### Revue, rapports :

- « *Evaluation du Programme National Nutrition Santé 2006/2010* », rapport IGAS 2010-057P d'Avril 2010.
- Gazette des Communes, *Enquête SOFRES* citée dans le numéro du 14 juin 2004
- *Gérontologie et société*, N° 100, fondation nationale de gérontologie : « *Réseaux et coordination* », avril 2002.
- Mme Guinchard-Kunstler, députée, 09/1999, Rapport : *Bien vieillir en France, pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie*
- Le journal du médecin coordonnateur : numéro 37, Mai - Juin 2010, « *Diagnostic et traitement de la dénutrition en Ehpad* ».

- Mme Rosso-Debord, Députée, rapport d'information de la commission des affaires sociales : « *La prise en charge des personnes âgées dépendantes* », 23 Juin 2010.

**Documents électroniques :**

- AFBAH.org, Association française pour la bientraitance des aînés et ou handicapés.

- Anesm.sante.gouv.fr, publications : Recommandations de bonnes pratiques. « *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents* » & « *La bientraitance* », Juillet 2008.

- Ec.europa.eu/social :Commission Européenne, communication du 12 Octobre 2006 : « *L'avenir démographique de l'Europe, transformer un défi en opportunité* », réf : COM (2006) 571.

- Fnadepa.com : Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour les personnes âgées, colloque 19 Mars 2007, « *Le devenir des foyers logements* ».

- Insee.fr : *recensement démographique 2006, projection 2050*.

- largeur.com – Suisse, « *La vieillesse n'est pas une maladie* », Albert Jacquard.

- lipsor.cnam.fr : M.Crozier & E. Friedberg, « *L'acteur et le système* », fiche de lecture du Cnam.

- sante.gouv.fr/drees/etude-resultat : enquête population à risque

---

## Liste des annexes

---

- 1 : Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050, Insee
- 2 : Le schéma gérontologique 2005-2010, constats et axes de développement
- 3 : Évaluation du Programme national nutrition santé (PNNS) 2006 - 2010 : rapport de l'inspection générale des affaires sociales, Avril 2010, extrait : pages 101 à 104

## Annexe 1

### Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 <sup>95</sup>

Année	Population au 1 <sup>er</sup> janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19	20-59	60-64	65 ans	75 ans		
		ans	ans	ans	ou +	ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	- 26,4 *	

\* Chiffre pour l'année 2049. Les projections s'arrêtent au 1er janvier 2050. Le solde naturel de l'année 2050, différence entre les naissances de 2050 et les décès de cette année, n'est donc pas projeté.

On obtient un total de 100% en additionnant les quatre premières colonnes de pourcentages. La dernière comprend les individus de 75 ans et plus, qui sont déjà comptés dans les 65 ans et plus.

<sup>95</sup> Insee : situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.



## Annexe 2

### Schéma gérontologique de Savoie, période : 2005-2010

**Les constats** qui ont prévalu au schéma gérontologique (période 2005-2010) sont les suivants :

- Un taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées comparable à ceux de la France et de la région Rhône-Alpes, soit 135 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans. Toutefois, la forte proportion en logements-foyers, plus de 30 % de la capacité globale d'accueil, qui par nature ne sont pas ou mal adaptés pour évoluer vers la prise en charge de la dépendance, nuance ce constat ;
- Un taux d'équipement en lits médicalisés supérieur à la moyenne régionale (94,94 ‰ contre 92,19 ‰ en région). Les EHPAD constituent le mode d'hébergement le mieux représenté : 53 % de la capacité totale d'hébergement. Cependant un certain nombre de logements-foyers (ancienne appellation des EHPA), y compris médicalisés, sont hors normes (locaux, sécurité, accessibilité et fonctionnement) et doivent être humanisés ;
- En matière de services de soins à domicile, la Savoie est moins bien équipée que la moyenne régionale (respectivement 14,11 ‰ contre 16,25 ‰ en Rhône-Alpes).

En janvier 2003, le Conseil général a validé la transformation de 25 % des Ehpa afin :

- de tenir compte de la population accueillie dont l'état de dépendance s'est aggravé, ainsi que des besoins liés à l'évolution démographique,
- d'en réduire le nombre tout en maintenant une réponse de proximité et une complémentarité des solutions d'hébergement.

**Les principaux axes** du schéma gérontologique 2005-2010, se déclinent par territoire en lien avec ses acteurs :

Axe 1 : développer des réponses de proximité à l'échelle du TDS

Axe 2 : organiser la coordination à l'échelle du TDS

Axe 3 : faciliter l'accès à l'information

Axe 4 : favoriser le diagnostic et le suivi précoce des troubles cognitifs et de la maladie d'Alzheimer

Axe 5 : faire connaître l'accueil familial

Axe 6 : favoriser la qualité

Axe 7 : bien vieillir

## Annexe 3

### Évaluation du Programme National Nutrition Santé, extrait : pages 101 à 104

.../...

#### **3.3. La lutte contre la dénutrition des personnes âgées : une mise en œuvre encore insuffisante**

##### **3.3.1. Une thématique identifiée sans prise en compte de l'importance de ses enjeux**

###### 3.3.1.1. Une connaissance scientifique à approfondir

La dénutrition chez le sujet âgé est identifiée à partir de critères anthropométriques, biologiques ou en fonction du score MNA<sup>141</sup>. Elle est avérée si un seul des critères suivants est atteint :

- une perte de poids supérieur à 5% en 3 mois ou à 10% en 6 mois
- un IMC inférieur à 21
- une albumémie inférieure à 35g/l
- un score MNA inférieur à 17

Une revue des études existantes sur le sujet a été effectuée par l'AFSSA en 2009<sup>142</sup>. Dans le cadre de ses déplacements et entretiens, la mission a également eu à connaître de quelques études locales, parfois anciennes. Force est de constater d'ailleurs la pauvreté relative des études sur le sujet, et les fourchettes larges des résultats fournis. Le sujet demeure aussi largement méconnu du grand public, y compris dans le cadre de la sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées<sup>143</sup>.

L'étude Euronut-Seneca réalisée en Europe en 1991 et 1996 (corrélée par l'étude NHANES aux Etats-Unis<sup>144</sup>) indique que 4 à 10% des personnes âgées à domicile sont dénutries. Pour les personnes âgées vivant à domicile et nécessitant des aides à domicile, le taux de dénutrition est de 25 à 29%. En institution, 19 à 38% des personnes âgées sont en situation de dénutrition. A l'hôpital, 30 à 90% des personnes âgées sont dénutries. L'enquête Energie 4+ (AP-HP, 2002) a établi que pour un jour donné, dans les services de MCO entre 20 et 60% des patients sont dénutris, ce niveau atteignant 70% dans les USLD et les SSR.

Une étude réalisée une première fois en 1998 puis en 2002 par le CLAN du CHU de Rouen a montré que 40% de la population hospitalisée est dénutrie (dont 1/3 de façon sévère). Les patients sévèrement dénutris sont 2 fois plus atteints d'infections nosocomiales, et présentent un taux d'escarres 4 fois plus important.

---

<sup>141</sup> Le MNA (Mini Nutritional Assessment) est une échelle d'évaluation nutritionnelle du sujet âgé, élaborée au début des années 1990 pour le groupe Nestlé. Par sa simplicité d'utilisation, il est aujourd'hui recommandé par le PNNS. Il se présente sous la forme de 18 questions : les 6 premières identifient un score de risque nutritionnel. Si celui-ci est inférieur à 11, 12 questions supplémentaires sont renseignées, et permettent d'établir l'état nutritionnel : bien nourri, à risque de malnutrition, ou dénutri.

<sup>142</sup> AFSSA, Avis sur l'évaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle, janvier 2009

<sup>143</sup> Ainsi, le questionnaire-guide d'entretien des écoutants du numéro national de téléphonie sociale de signalement des cas de maltraitance (39 77) ne comporte pas d'item dédié à la nutrition. A la demande de la mission, une recherche sémantique dans la rubrique « commentaire libre » a indiqué une faible occurrence de cette thématique dans les signalements des appelants (sur 17.000 appels traités depuis janvier 2008, 600 évoquaient l'alimentation des personnes âgées et 300 mentionnaient expressément une situation de dénutrition).

<sup>144</sup> National Health and Nutrition Examination Survey

Une enquête « *Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine* » a été réalisée durant l'été 2005 auprès de 601 personnes âgées de 42 établissements. L'évaluation de leur état nutritionnel a été réalisée à partir du questionnaire MNA. 19% sont en situation de dénutrition et 40% sont à risque. Mais des disparités sont constatées entre EHPAD et USLD : il y a 3 fois plus de dénutris en USLD (48%).

La directrice médicale du groupe ORPEA, gestionnaire d'EHPAD, entendue par la mission, a estimé que 30% des entrants en EHPAD étaient dénutris et que ce constat perdurait un an après l'entrée en institution. Une étude sur l'état nutritionnel de 1550 personnes âgées hébergées dans 67 maisons de retraite présentée lors des journées inter-CLAN en 2007 va dans le même sens, en établissant que 27% des résidents étaient dénutris (mais aussi que 13% étaient en surpoids et 16% en obésité).

Toujours selon l'avis de l'AFSSA, les conséquences de la dénutrition ont été « *clairement été mises en évidence* » et peuvent ainsi être résumées :

- augmentation de la mortalité en ville comme à l'hôpital
- augmentation de la durée du séjour à l'hôpital
- augmentation des infections nosocomiales (le risque est multiplié par 8, selon une enquête du RESCLIN Champagne-Ardenne réalisée en 2006<sup>145</sup>)
- augmentation des escarres
- augmentation des chutes et fractures

Au total, l'ensemble de ces données converge pour souligner l'importance du phénomène de dénutrition, particulièrement chez les sujets âgés. Toutefois, il semble nécessaire de renforcer la connaissance scientifique de l'ampleur de la dénutrition et de ses conséquences. A cet égard, il est d'ores et déjà paradoxal de constater que dès le premier PNNS, aucune préconisation de renforcement des études et recherche sur le sujet n'est formulée, alors même que les données sur la situation nutritionnelle des personnes âgées étaient très parcellaires, notamment la prévalence des situations de dénutrition, en établissement mais encore plus au domicile.

Le constat est identique pour le second PNNS qui, ni dans le volet « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition », ni dans le volet « renforcement de l'effort de recherche et d'expertise », n'a prévu d'inciter au lancement d'étude, notamment avec suivi de cohortes, sur la dénutrition, alors même qu'il contribuait, en l'inscrivant en son sein, à rendre plus visible l'ampleur du phénomène.

Plusieurs thèmes de recherche nécessiteraient pourtant d'être approfondis (impact de la dénutrition sur les taux de réhospitalisation, dénutrition des personnes âgées vivant à leur domicile...).

Le bilan annuel du PNNS établi en 2009 indique toutefois qu'une étude (ANAIS), prévue pour 2010 et dont la méthodologie a été élaborée par l'InVS, portera sur la prévalence de la dénutrition dans les établissements de santé accueillant des personnes âgées. Mais il n'est pas acquis que le PNNS ait, en la matière, joué un rôle d'entraînement et d'incitation au lancement de cette étude...

En revanche, la mission a pu constater que des études ponctuelles avaient pu être initiées, dans le cadre des plans régionaux de santé publique, en déclinaison affichée du

---

<sup>145</sup> Enquête citée par le rapport du groupe de travail « nutrition » de l'AP-HP, plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014, juin 2009, rédaction Laurence Rolland-Burger et Jean-Fabien Zazzo

PNNS. C'est le cas notamment de l'enquête, précédemment citée, sur la prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine, qui a servi de point d'appui à un plan d'action dans cette région.

**Recommandation n°56 : Renforcement de la connaissance sur la dénutrition, notamment chez les personnes âgées.**

3.3.1.2. La dénutrition des personnes âgées, certes identifiée au sein du PNNS, mais avec des objectifs retenus parcellaires

La prise de conscience au début des années 2000 se traduit par l'inscription au sein du premier PNNS mais des objectifs trop généraux aboutissent à un bilan très limité. Le rapport du Haut comité de santé publique de juin 2000 intitulé « *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France* » a très largement nourri l'élaboration du premier PNNS. Il a identifié, au titre de l'état des lieux, une série de populations cibles, dont les personnes âgées et les personnes hospitalisées. Le constat pose ainsi, pour la première fois à ce niveau, les enjeux de la dénutrition chez les personnes âgées, notamment pour celles qui sont hospitalisées.

Est citée l'étude de l'INSERM de 1997 (expertise collective) qui indique que 30 à 61% des personnes âgées hospitalisée présentent une situation de dénutrition protéino-énergétique.

Le constat débouche sur la formulation de quelques recommandations, qui bien que sommairement

énoncées, posent de manière pertinente les jalons d'une politique de prévention et de dépistage de la dénutrition des personnes âgées à construire :

- la nécessité du dépistage, sans pour autant qu'un dépistage systématique ne soit proposé,
- l'évaluation de l'état nutritionnel doit faire partie de tout examen clinique, avec recours à l'IMC et inscription du poids dans le carnet de santé,
- une meilleure coordination au sein des réseaux ville-hôpital, pour éviter les hospitalisations et garantir une prise en charge de la dénutrition à domicile,
- la sensibilisation des personnes âgées et de leur entourage (avec une évocation de la nécessité d'une meilleure prise en charge des soins et prothèses dentaires),
- la question de la convivialité de repas en milieu hospitalier,
- le recours à des suppléments vitaminiques et à des compléments alimentaires.

Pourtant, ces recommandations ne seront pas retenues dans leur globalité dans le cadre du premier PNNS (2001-2006). Un des 9 objectifs nutritionnels spécifiques du PNNS 1 affiche certes la volonté de « prévenir la dénutrition des personnes âgées ». Et cet objectif est ensuite décliné comme l'une des 8 mesures et actions en faveur de groupes spécifiques, en l'occurrence les personnes âgées, mais le nombre et l'intensité des actions identifiées demeurent en retrait par rapport à l'acuité du constat :

- analyser les problèmes nutritionnels et alimentaires (accessibilité, consommation, préparation) des personnes âgées vivant seules à domicile,
- développer les recommandations pour la pratique clinique de la nutrition des personnes âgées,

- favoriser le dépistage en pratique médicale de ville et d'institution des états de dénutrition (disques d'évaluation nutritionnelle),
- favoriser l'implication des familles dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées (guide spécifique).

Au-delà de la pertinence des objectifs retenus, l'évaluation du PNNS 1 (rapport Hercberg) souligne en creux la faible réalisation de ces objectifs. L'objectif d'analyse de la situation nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à leur domicile n'est pas mentionné ni conséquemment évalué. Symptomatiquement, la partie « bilan » des actions spécifiques à destination des personnes âgées mentionne des mesures à venir de formation à l'attention des aidants à domicile. Les actions pour favoriser le dépistage en ville et en institution ne sont pas identifiées. La sensibilisation des familles s'est traduite par l'élaboration d'un guide spécifique sur l'alimentation de plus de 55 ans (mais dont la diffusion interviendra à partir de 2006, voir *infra*). Il n'y a pas eu de recommandation pour la pratique clinique de la dénutrition des personnes âgées, même si l'ANAES (devenue HAS) a publié en septembre 2003 une recommandation sur l'évaluation diagnostique de la dénutrition protéinoénergétique des adultes hospitalisés, qui identifie les spécificités du sujet âgé. En revanche, ce même bilan insiste sur la montée en puissance et le développement d'actions relatives à la prévention et au dépistage de la dénutrition dans les établissements de soins : kit de dépistage et surtout la prise en compte obligatoire de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de soins avec la création des Comités de Liaison en Alimentation (CLAN) à partir de la circulaire du 29 mars 2002.

Au total, il apparaît qu'à l'issue du premier PNNS, la prise de conscience engagée sur le volet dénutrition des personnes âgées, initialement centrée sur l'identification d'objectifs de prévention primaire et secondaire, ait déjà glissé principalement vers les enjeux de la dénutrition en milieu hospitalier, parallèlement à l'émergence d'un corpus réglementaire sur le sujet.

L'évaluation du PNNS 1 en 2005, dans sa partie propositionnelle, semble chercher à corriger cette évolution, en insistant sur la nécessité d'assurer le repérage et la prise en charge efficace de la dénutrition des personnes âgées par une mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés.

Plusieurs propositions d'actions sont alors formulées s'agissant des personnes âgées à domicile (formation sur le dépistage de la dénutrition, mise en place de système d'alerte, évaluation de l'état nutritionnel dans le cadre de la consultation de prévention destinée aux seniors, intégration systématique - via la présence de diététicien - de la dimension nutritionnelle au sein de tous les réseaux de soins). Pour les établissements médico-sociaux, des actions de formation sur la prévention et le dépistage de la dénutrition sont également recommandées, à destination des personnels soignants mais aussi non soignants (aidants, personnels de cuisine).

### **Le PNNS 2, dans sa construction et ses objectifs, a conforté une approche très hospitalo-centrée de la dénutrition des personnes âgées.**

En dépit des préconisations du rapport HERCBERG de 2005, force est de constater que le PNNS 2 ne marque pas d'inflexion significative en faveur de la prévention de la dénutrition des personnes âgées, ni de son dépistage précoce, via une sensibilisation accrue, pour les personnes âgées vivant à domicile.

C'est d'abord la présentation même du PNNS qui aboutit à une forme de dilution de la thématique dénutrition des personnes âgées. Celle-ci est en effet appréhendée par trois portes d'entrée :

- au titre du plan d'action 2 « dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels », la fiche « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition » est la plus détaillée. Elle distingue les actions de repérage de la dénutrition à domicile et en établissement, et les actions de prise en charge au sein des établissements de santé et médico-sociaux ;
- au titre du plan d'action 3 « mesures concernant des populations spécifiques », la fiche « nutrition aux différents âges de la vie » comporte des recommandations concernant les personnes âgées, mais qui renvoie purement et simplement à la partie relative à la dénutrition ;
- au titre du plan d'action 4 « mesures particulières », la fiche « promotion des actions locales » mentionne une action spéciale pour encourager les actions de prévention en faveur des personnes qui vieillissent. Il s'agit en fait de la mention des objectifs et modalités du programme national Bien Vieillir.

A l'instar des constats établis par ailleurs par la mission, il faut souligner que cette présentation du PNNS entretient une confusion préjudiciable à un suivi et une évaluation fine.

**Recommandation n°57 : identifier clairement au sein du PNNS (ou le cas échéant dans un autre programme de santé - voir *infra*) un programme spécifique « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, à domicile et en établissement », assorti de fiches-actions incombant à des pilotes nationaux et susceptibles d'être déclinées en région.**

Surtout, la mission relève que les objectifs les plus précis, et conséquemment les plus suivis d'effets (voir *infra*), ont porté, dans la continuité du premier PNNS, sur le volet dépistage et prise en charge de la dénutrition dans les établissements de soins. Il s'agit là incontestablement d'une avancée bénéfique, à mettre au crédit de l'effet d'incitation du PNNS. Mais cela ne saurait toutefois masquer la faiblesse, du fait de leur caractère très générale, des actions retenues dans le champ de la prévention et du dépistage à domicile et dans les établissements médico-sociaux.

Cette tendance est d'autant plus regrettable que l'adoption du PNNS 2 aurait pu et du s'appuyer sur un environnement plus favorable par rapport à 2001, date à laquelle le mérite premier du PNNS 1 était d'avoir intégré la thématique de la dénutrition, contribuant ainsi à son apparition dans le débat public.

En effet, deux évolutions auraient pu être davantage prises en compte au moment de l'élaboration du PNNS 2 :

- l'objectif 98 de la loi de santé publique de 2004 a consacré l'importance de cette thématique en affichant la volonté de réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 à 500.000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 à 400.000, et de 100 à 200.000 personnes dénutries vivant en institution à 80 à 160.000). Etonnamment, le PNNS 2 ne rappelle pas cet objectif quantifié ;
- le Conseil national de l'alimentation avait adopté en décembre 2005 un avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. La mission a constaté que ses propositions n'ont que trop peu nourri l'élaboration du PNNS 2. Le comité de pilotage du PNNS n'a d'ailleurs pas débattu de cet avis. Pourtant, par l'accent

principalement mis sur la situation des personnes âgées vivant à domicile, par la diversité des recommandations formulées (par exemple, bilan nutritionnel annuel, rappel de la nécessité de prise de poids mensuel en établissement, rôle des services de portage de repas à domicile, conception et préparation des repas en EHPAD, jeûne nocturne, importance de l'état bucco-dentaire, formation des aides à domicile...), il aurait pu utilement enrichir le PNNS 2 sur des sujets précis que celui-ci n'a pas in fine abordé.