



**RECOMPOSER L'OFFRE DES SERVICES D'UN EHPAD
EN PRIVILÉGIANT DES UNITÉS DE VIE INTÉGRÉES
AU TERRITOIRE RURAL**

Olivier MARIE

2011

cafedes



Remerciements

Au nom de tous les miens qui m'ont soutenu dans cette démarche de construction de savoirs

Au centre de formation pour la qualité de son accompagnement

A l'appui constant de mon épouse

Aux professionnels et amis qui se reconnaîtront

.....Et à une petite météorite de bonheur de 4 mois qui, pendant l'élaboration de ce travail, a bouleversé mon existence

Sommaire

Introduction.....	3
1 Photographie évolutive des personnes âgées dépendantes et des structures spécialisées existantes.....	5
1.1 Les personnes âgées dépendantes sur le territoire national.....	6
1.1.1 Des catégories identifiées.....	8
1.1.2 Contexte et perspectives démographiques	11
1.1.3 Les populations âgées du Val de Besbre	12
1.2 Schéma des politiques publiques et offres d'hébergement.....	15
1.2.1 Du rapport Laroque à une politique de vieillesse dépendante	15
1.2.2 Une inéluctable réforme de la dépendance	17
1.2.3 Cartographie de l'offre d'hébergement et de services en direction des personnes âgées dépendantes dans un département à haute densité rurale	19
1.3 L'EHPAD Les Vignes : diagnostic d'une résidence en cœur de bourg.....	20
1.3.1 Une entité « maison de retraite » par une organisation médicalisée.....	20
1.3.2 Une histoire à plusieurs ères	22
1.3.3 Une association gestionnaire friable.....	25
2 Les figures du soin et leurs déclinaisons	27
2.1 Objet de soins.....	28
2.1.1 Modélisation sanitaire au cœur du projet de soin.....	29
2.1.2 Protocole du domaine médical	31
2.1.3 Processus indicatifs du champ médico-social	34
2.2 Clinique du grand âge par le soin relationnel.....	37
2.2.1 Une clinique de l'acte.....	39
2.2.2 De la prise en compte des usagers comme sujets désirants	42
2.2.3 Le dispositif « Opiclow n »	45
2.3 Diversifier, oxygéner, redistribuer : des leviers à la mutation institutionnelle	47
2.3.1 De la proximité à la fabrique de lien social	48
2.3.2 Organiser le mouvement	49
2.3.3 La place dans un territoire rural et l'implication des acteurs institutionnels.....	51

3	Recomposer l'offre des services d'un EHPAD en privilégiant des unités de vie intégrées au territoire rural	53
3.1	Créer une offre architecturale susceptible de maintenir l'EHPAD en maisons de vie et de soins	55
3.1.1	Les grands axes du projet	56
3.1.2	De l' « un »stitution à l'articulation tricéphale des unités de vie	59
3.1.3	Des services complémentaires	64
3.2	Les figures du changement : vers une gouvernance par délégation de responsabilités	65
3.2.1	Un management de sens pour des processus d'accompagnement au changement organisationnel	65
3.2.2	Réajuster les fiches métiers au plus près des accompagnements individualisés	69
3.2.3	Un groupement de coopération favorisant une direction « forte » et délivrant une prestation d'ingénierie	72
3.3	La démarche d'évaluation et de progrès : une culture d'amélioration continue	74
3.3.1	Mesurer l'évolution des cadres de fonctionnement	75
3.3.2	Développer des indicateurs de références aux parcours d'hébergement individualisé	76
3.3.3	De la qualité à la performance : un enjeu croisé	77
	Conclusion	79
	Bibliographie	83
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ABAH :	Association Bourbonnaise pour l'Accueil des Handicapés
AGEPAPH :	Association de Gestion pour Personnes Agées et Personnes Handicapées
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
AIO :	Accueil Information Orientation
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM :	Agence Nationale pour l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico Sociaux
ANGELIQUE :	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVERPAHM :	Association pour Vichy Et sa Région de Parents et Amis d'Handicapés Mentaux
CAFDES :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CLIC :	Comité Local d'Information et de Coordination
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSG :	Contribution Sociale Généralisée
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
ERP :	Etablissement Recevant du Public
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS :	Etablissements Sociaux et Médico Sociaux
ETP :	Equivalent Temps Plein
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
GIR :	Groupe Iso Ressources
GMP :	GIR Moyen Pondéré
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HID :	Handicap Incapacité Dépendance
HPST :	Hôpital Patients Santé Territoires
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INED :	Institut National des Etudes démographiques
IRP :	Instances Représentatives du Personnel

MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PUI : Pharmacie à Usage Interne
SAGESS : Sud-Allier pour le Groupement des Etablissements Sociaux et médico-Sociaux
SCIC : Société Coopérative d'Intérêt Collectif
SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

J'exerce la fonction de directeur dans une maison de retraite privée au cœur du territoire rural de la Sologne Bourbonnaise dans le département de l'Allier. Je pense que l'institution ordonne et organise son fonctionnement en fonction des publics qu'elle accueille et en fonction du cadre de missions qui lui est imparti. Il s'agira du fil conducteur de ce travail parce que l'application des politiques publiques et des réglementations, la conduite gestionnaire de l'établissement et les figures du changement sont des mouvements permanents au centre desquels il convient de situer les usagers d'une part, en vue d'améliorer sans cesse les prestations rendues, et les salariés d'autre part, en tant qu'acteurs de leur environnement de travail et piliers de l'identité institutionnelle. De ma place de directeur, j'ai choisi de poser mon regard sur les hommes et les femmes âgés dépendants que nous recevons au sein de la structure d'hébergement mais également sur les professionnels de l'institution. En effet, le projet d'établissement a pour cœur les interactions de cette communauté de vie, dans laquelle il est essentiel de préserver la place de chacun afin de répondre aux missions qui incombent à une structure médico-sociale.

L'association gestionnaire de l'EHPAD¹ Les Vignes bénéficie d'un statut associatif à but non lucratif qui s'étend à l'activité de la structure. Située sur la localité de Dompierre-sur-Besbre, cette maison de retraite est considérée comme EHPAD depuis 2007 et accueille 62 personnes âgées dépendantes. L'histoire de cet établissement propose un parcours éclairant de la transformation des structures pour personnes âgées en structures normalisées d'aujourd'hui. Au fil des années, cet établissement a vu le public accueilli évoluer et les normes se modifier, ce qui implique que, depuis 2004, il subit un avis défavorable de la commission de sécurité pour la poursuite d'activité. Il s'agit donc aujourd'hui d'interroger les cadres de missions qui seront dévoués à la structure au-delà de celles déterminées par le législateur afin de pouvoir « **recomposer l'offre des services d'un EHPAD en privilégiant des unités de vie intégrées au territoire rural** », cette interrogation constituant la problématique de ce travail.

Pour dérouler au mieux ma réflexion, j'étaierai l'ensemble de mes recherches par différents champs théoriques tels que la sociologie, la sociologie des organisations, la psycho pédagogie et une approche de la psychanalyse par une clinique du grand âge. Un regard épistémologique permettra également de comprendre l'évolution du traitement des

¹ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

populations âgées. Je porterai également un large regard sur cette problématique via le cadre des politiques publiques, et les aspects techniques et évaluatifs seront appréhendés en vue de cadrer les plans d'action mis en œuvre et d'en mesurer les effets. De plus, j'insisterai sur l'aspect managérial afin de réfléchir sur les conditions d'intervention des professionnels au sein de la structure et d'anticiper les phénomènes d'usure professionnelle. Axe fort de ma réflexion, la prise en compte des ressources humaines m'emmènera à considérer la restructuration de l'EHPAD dans une dimension de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et d'inscription de l'offre d'hébergement des personnes âgées dépendantes dans l'environnement local.

Le travail qui se présente à vous est donc une entreprise de construction et de recherche qui vise à déterminer les axes de reconfiguration d'un EHPAD en tenant compte de son histoire et des enjeux des politiques publiques dans un contexte de raréfaction des moyens. Pour ce faire, j'aborderai, dans une première partie, la typologie et l'évolution des populations âgées dépendantes puis je rappellerai les volontés du législateur dans l'encadrement cette population. A l'heure du débat sur le financement de la dépendance, j'évoquerai les enjeux pour la notion de 5^{ème} risque. Ensuite, je déroulerai l'éventail des offres d'hébergement existantes pour arriver à la description de notre sujet d'étude qui est l'EHPAD Les Vignes de Dompierre-sur-Besbre. Dans une seconde partie, je conduirai ma réflexion autour de la dualité et des oppositions des domaines sanitaire et médico-social qui identifient le champ des EHPAD. De la médicalisation au « prendre soin », j'aborderai les concepts de prise en compte des populations âgées au sein d'un EHPAD par ces alternatives d'accompagnement, puis je m'attacherai à appréhender les caractéristiques de ces prises en compte dans le secteur rural de l'EHPAD Les Vignes. Enfin, la troisième et dernière partie m'emmènera à présenter une réponse novatrice pour une organisation structurelle éclatée tenant sa place dans le panorama des institutions de type EHPAD d'aujourd'hui. Je proposerai de définir les points d'appuis autorisant le changement, et plus particulièrement le GCSMS² SAGESS³ dans lequel est inscrite la structure que je dirige et qui propose une ingénierie technique permettant de déterminer une meilleure approche des besoins et une cohérence financière en travaillant au plus près des autorités de tarification. Enfin, je déterminerai les contours et les mises en œuvre de ce nouveau projet en expliquant pourquoi une institution peut éclater ses murs et intégrer de nouveaux dispositifs, mais également différencier ses pratiques et générer des points de circulation en son sein, où usagers et professionnels contribuent en permanence à l'évolution du projet.

² Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale.

³ Sud Allier pour le Groupement des Etablissements et Sociaux et médico-Sociaux.

1 Photographie évolutive des personnes âgées dépendantes et des structures spécialisées existantes

Les populations du grand âge ont souvent connu des fortunes diverses au cours de l'histoire : du traitement des vieillards indigents aux premiers hospices, la construction des politiques vieillesse s'est toujours articulée entre solidarité familiale et assistanat. Aujourd'hui, les courbes démographiques ont bousculé les curseurs de la vieillesse et l'âge de la retraite n'est plus celui annonciateur du déclin de soi. Les maisons de retraite d'hier ont fissuré leurs murs pour de nouveaux modèles d'institutions. Depuis une dizaine d'années s'est opéré un effervescent changement quant à la manière de prendre en compte la perte d'autonomie des personnes âgées et de considérer la question de l'allongement de l'espérance de vie. Le modèle d'hébergement « EHPAD » constitue une réponse de prise en compte institutionnelle qui tend à favoriser le regroupement d'unités de vie médicalisées ainsi que des services spécifiques en direction des personnes grabataires développant des poly pathologies.

Fin 2007, près de 90% des maisons de retraite sont devenues des EHPAD⁴ et les politiques visant à favoriser le maintien à domicile ont sensiblement augmenté l'âge d'entrée en institution. La médicalisation a pris une part considérable dans les projets d'établissements et elle s'inscrit comme le dénominateur commun pour la plupart des modèles d'établissements. Dans le champ du médico-social, les EHPAD s'inscrivent alors comme des structures hybrides⁵ de par la difficile jointure entre l'aspect social et l'aspect médical/sanitaire. Cela génère, de ce fait, une vocation que l'opinion publique ne parvient pas à identifier distinctement. Il est donc très difficile d'établir un concept normatif d'une structure EHPAD. Cet acronyme a valeur de statut pour l'ensemble des structures d'hébergement accueillant des populations âgées dépendantes. Qu'il s'agisse de foyers logements, de petites unités services, de MARPA⁶ ou d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD), toutes peuvent se prévaloir de cette dénomination.

Les EHPAD se caractérisent donc par la prégnance du projet de soins au cœur de l'objet institutionnel. Quelle que soit l'histoire des EHPAD, tous inscrivent un basculement de leur projet à partir de la reconnaissance de leur statut d'EHPAD. La pratique institutionnelle se fonde sur l'apport médicalisé et le traitement des souffrances du corps

⁴ Réf. www.santé.gouv.fr/dress/enquête : « des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées » du 18 juin 2010, consulté le 11 juin 2011.

⁵ Réf. www.cairn.info/revue_gerontologie_et_société/EHPAD-la_crise_des_modèles -Alain Villez, consulté le 11 juin 2011.

⁶ Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées.

pour des personnes âgées qui ne peuvent plus résider à leur domicile et dont les alternatives d'accueil, afin de soulager les aidants familiaux, ont atteint leurs limites. Avons-nous trouvé dans ce modèle institutionnel ciblé, la réponse la plus prompte à l'augmentation de l'espérance de vie, à l'accueil du grand âge finissant où les relâchements physiologiques et psychiques se comptabilisent, se mesurent et s'égrènent comme autant de signes annonciateurs du déclin, de l'inéluctable fin de vie ? En grossissant le trait, je pourrais dire que les EHPAD deviennent le dépôt contemporain de la dépendance et de son traitement où le soin répond aux corps, où l'on arrange le temps par quelques bricolages d'animations et de vie collective, aux relents de maison de retraite d'antan. Bien entendu, ce trait est forcé et le cadre législatif appuie de manière éthique la place de chaque personne accueillie dans sa dimension individuelle et désirante. L'institution œuvre à préserver la place des usagers au centre du dispositif d'accueil, de soins et d'hébergement. Ceci est renforcé par la loi du 2 janvier 2002 (aussi dénommée loi 2002-2) de réforme des institutions sociales et médico-sociales qui argue d'une volonté manifeste de mise en perspective des droits des usagers, de leur place de citoyens, de leur libre choix et de leur participation active aux orientations prises par l'établissement qui les accueille. Aussi, les EHPAD semblent dans une perpétuelle recherche d'équilibre entre l'offre de soins et la fabrique de lien social. Mais avant de développer de manière plus conséquente cette question, je vais dresser un tableau des populations concernées et de leur évolution afin d'offrir un aperçu de leurs besoins présents et à venir en matière d'offre d'hébergement et d'accompagnement.

1.1 Les personnes âgées dépendantes sur le territoire national

Le premier constat concerne une tendance lourde d'évolution au niveau national et international. De fait, la première décennie de ce siècle confirme toutes les tendances d'augmentation des populations âgées au cœur de l'Europe Occidentale. Ainsi que l'explique Alain PARANT⁷, chercheur à l'INED (Institut National des Etudes Démographiques), le vieillissement démographique concerne particulièrement notre pays, et entraînera nécessairement une adaptation des réponses aux prises en compte de ces publics. Avant de centrer ma réflexion sur le territoire et la population spécifique à mon intervention professionnelle, j'ai opté pour un descriptif de l'évolution des populations vieillissantes au niveau national. En effet, cette mise en perspective me permettra d'appréhender les particularités, s'il y en a, des publics auxquels j'ai à faire, et d'estimer si

⁷ Art. « *Vieillesse et sociétés* » du 12 novembre 2008, consulté sur le site de l'INED le 12 juin 2011, www.ined.fr.

l'évolution de ces publics s'inscrit bien dans un large mouvement ou si elle reste propre à un territoire donné.

Alain PARANT définit le vieillissement comme étant « *l'augmentation du rapport de l'effectif âgé d'une population à son effectif total* ». Il précise que « *le vieillissement démographique est un phénomène très ancien en Europe et, plus particulièrement, en France. (...) L'avance en âge des générations nées après la Deuxième Guerre mondiale, beaucoup plus étoffées que leurs devancières et également beaucoup moins fécondes, va donner au phénomène une impulsion sans précédent. En France, les gains d'espérance de vie à la naissance sont irréguliers mais continus : ils ont été de près de 2,5 années en 10 ans, soit près d'un trimestre par an* ». Une différence existe en fonction du genre, puisque « *actuellement, l'espérance de vie à la naissance atteint 83 ans pour les femmes et 75,5 ans pour les hommes. Dans les conditions de mortalité de l'année 2000, à 60 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore, en moyenne, 25 ans et les hommes encore 20 ans ; à 80 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore 9,5 ans et les hommes 7,5 ans* »⁸.

Cette tendance au vieillissement de la population française et, de fait, les conséquences qu'il implique sur la prise en compte de ces populations va aller en augmentant dans les prochaines décennies. Ainsi que le stipule Alain PARANT, « *les projections démographiques, publiées par l'Insee au début de l'année 2001 et fondées sur une hypothèse d'évolution tendancielle de la mortalité, confirment le vieillissement inéluctable de notre population dans les quarante années à venir. En 2020, la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population (environ 7 % aujourd'hui) devrait atteindre près de 10 %, ce qui fait de la prise en charge des personnes âgées dépendantes un enjeu majeur pour les années futures* ». Cependant, cette notion de dépendance reste relativement floue, puisqu'elle recouvre « *des réalités variées et (que) l'identification de la population âgée qualifiée de «dépendante», c'est-à-dire ayant besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, n'est pas aisée* »⁹. Ces enjeux concernant la dépendance sont d'ailleurs au cœur d'une réflexion sociétale et politique, élargie aux personnes souffrant de handicaps lourds, pour la création d'un cinquième risque de couverture par la Sécurité Sociale sur lequel je reviendrai ultérieurement.

En ce qui concerne spécifiquement les personnes dites du très grand âge il est donc à

⁸ Art. « *Vieillesse et sociétés* » du 12 novembre 2008, consulté sur le site de l'INED le 12 juin 2011, www.ined.fr.

⁹ Ibid.

supposer que les besoins relatifs à leur prise en compte, au niveau national, vont aller croissant dans les années à venir, avec certainement une hausse conséquente des besoins d'hébergement pour ces publics. Ces solutions d'hébergement, pour répondre au plus près aux demandes des personnes accompagnées, devront se diversifier et, en adéquation avec les attendus de la loi 2002-2, viser à l'individualisation de l'accompagnement. En effet, une masse de personnes à prendre en compte ne signifie pas pour autant une réponse de masse à leur accompagnement, ce que nous verrons ultérieurement. Afin d'affiner mon propos, je vais donc revenir, en la précisant, à cette évolution démographique tant au niveau national que local, mais d'abord, procédons à un retour en arrière nous permettant de clarifier les dénominations du grand âge.

1.1.1 Des catégories identifiées

Avant le XXème siècle, et plus particulièrement depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale et les propositions du Conseil National de la Résistance mettant en œuvre une protection sociale pour tous, les personnes âgées n'occupaient pas de place spécifique au sein de la population générale. Du fait des évolutions démographiques depuis le XVIIIème siècle, les personnes âgées, d'abord très minoritaires et qui étaient prises en charge par leurs descendants à leur domicile, représentent aujourd'hui, ainsi que nous l'avons vu précédemment, une part non négligeable de la population au sein des sociétés occidentales. De manière concomitante à l'augmentation de cette part de population dans la société, les termes pour la désigner ont évolué pour passer des « vieux » ou « anciens » aux « seniors » jusqu'à la technicité de la terminologie « personnes âgées dépendantes ».

En effet, et plus particulièrement depuis ces 30 dernières années, différents vocables se sont succédés pour appréhender une dénomination du vieillissement. Conjointement à la catégorisation de ces états de vieillissement, les politiques publiques ont saisi l'ampleur de la complexité des politiques vieillesse, la sémantique évoluant et se modifiant au fur et à mesure des avancées législatives. Ainsi, il convient de définir précisément les dénominations retenues afin de dégager les contours de notre sujet d'étude. Etre vieux se rapporte au vieillissement biologique mais également au dépassement de l'ère du travail. Une fois les «vieux» devenus des «retraités», plusieurs innovations sémantiques sont venues découper ce nouvel ensemble et en redéfinir les frontières : le «troisième âge», les «personnes âgées dépendantes» et, plus récemment, pour désigner le très grand âge, « le quatrième âge ».

A. L'invention du troisième âge :

D'après le sociologue Vincent CARADEC, « le terme de «troisième âge» a connu une large diffusion au cours des années 1970 : c'est alors que se sont développés les clubs, les universités, ou les voyages pour le troisième âge. Véhiculant une éthique activiste de la retraite, ce vocable nouveau s'est trouvé défini en opposition à la vieillesse, le «troisième âge» aspirant à être une nouvelle jeunesse »¹⁰. Divers acteurs ont contribué à l'émergence de cette catégorie, avec des impacts non négligeables en terme de politiques publiques, d'équipements et de développement des services spécifiquement destinés à cette population. Pour Vincent CARADEC, « la politique française de la vieillesse s'est structurée dans les années 1960-1975, sous l'impulsion de l'Etat gaulliste, autour d'un nouvel enjeu: le mode de vie des personnes âgées. Le rapport Laroque, publié en 1962, a fixé les grandes lignes de cette orientation nouvelle en mettant l'accent sur «l'insertion des personnes âgées dans la société» et en prônant le développement d'un ensemble de services et d'équipements pour faciliter le maintien à domicile: amélioration du logement, création de services d'aides ménagères, mise en place de clubs de loisirs afin de lutter contre l'isolement et l'inactivité »¹¹. Aujourd'hui, ces équipements et modalités d'accompagnement perdurent, mais sont devenus insuffisants compte tenu de l'accroissement de l'âge des personnes accompagnées, nécessitant, comme nous l'avons vu précédemment, une entrée en institution de type EHPAD lorsque apparaît un état de dépendance lié au grand âge.

Pour autant, la politique initiée dans les années 1960-1970 « a été triplement novatrice. Tout d'abord, elle a déplacé l'orientation principale de la politique de la vieillesse du terrain économique vers le terrain social. Ensuite, elle a concerné l'ensemble des personnes âgées et non plus seulement les «économiquement faibles» comme c'était le cas auparavant avec les mesures d'assistance. Enfin, elle a contribué à définir une nouvelle manière d'être âgé, celle du «troisième âge». En effet, si les recommandations du rapport Laroque n'ont été suivies qu'avec retard et de façon partielle, son apport essentiel a consisté à légitimer une conception nouvelle de la vieillesse, en phase avec les pratiques émergentes des retraités des couches moyennes salariées et en germe dans une série d'initiatives locales »¹².

¹⁰ Vincent Caradec - *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* - 2^{ème} édition. Paris, Armand Colin, Collection 128 Sociologie, 2008, p. 18.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

De ce fait, la généralisation des nouvelles politiques destinées aux personnes âgées, les politiques « vieillesse », a largement influencé la reconnaissance et la structuration sémantique du grand âge. Au fil des années, la technicité et l'approche médicalisée des populations âgées se sont accrues, définissant les contours de la perte d'autonomie et de la dépendance. Cette dernière fait l'objet d'un encadrement législatif fort, et une réflexion est en cours concernant de nouveaux projets législatifs liés au « cinquième risque », car corrélés à une forte augmentation de populations en risque de dépendance.

B. Le cinquième risque pour le quatrième âge :

Dans un article reprenant la thématique du livre *Une vie en plus. La longévité, pour quoi faire ?* écrit en 2005¹³, Yves OLTRAMARE résume ainsi l'apparition d'un nouvel âge de la vie, le quatrième, celui de la grande vieillesse, au-delà de 80 ans : « *aujourd'hui, l'âge de la retraite ne correspond plus à une réalité biologique. (...) En fait, dans les grandes lignes, nous en arrivons à connaître quatre tranches d'âge :*

- - *L'enfance et l'adolescence*
- - *La vie active*
- - *La transition de 65 à 80 ans, le troisième âge*
- - *La vieillesse et ses aléas, qui devient le quatrième âge »*¹⁴.

Les « aléas » mentionnés ci-dessus laissent sous-entendre que cette population du quatrième âge se définit principalement par la notion de perte : perte d'autonomie dans la vie quotidienne, perte de la mémoire, défaillances psycho-cognitives, perte de la motricité, impliquant, de manière corollaire, l'apparition de la dépendance.

Dépendance physique, liée à la sénescence, mais aussi dépendance psychique, beaucoup plus complexe à estimer. Ainsi qu'il est mentionné dans le rapport d'étape de la mission d'information du Sénat sur « *la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque* » du 8 juillet 2008, parmi les schémas d'évolution des risques encourus par les personnes du grand âge, ceux concernant les démences « *sont beaucoup plus difficiles à définir et constituent la principale inconnue des projections concernant la dépendance* »¹⁵. Cette augmentation des populations du quatrième âge,

¹³ Joël de Rosnay, Jean-Louis Servan-Schreiber, François de Closets, Dominique Simonnet. *Une vie en plus. La longévité, pour quoi faire ?* Paris, Seuil, 2005.

¹⁴ Yves Oltramare, art. *Réflexions sur la longévité*. 2006. www.unevieenplus.com, consulté le 13 juin 2011.

¹⁵ « *Cinquième risque, le rapport d'étape de la mission d'information du Sénat* ». Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, présidée par M. Philippe MARINI (UMP – Oise). Rapport d'étape de M. Alain VASSELLE (UMP - Oise) consulté sur www.senat.fr le 15 juin 2011.

dépendantes, estimée à +1% par an jusqu'en 2025¹⁶, a conduit le législateur à proposer la création d'un cinquième risque au sein de la protection sociale, se définissant comme « *un nouveau champ de la protection sociale. C'est une branche qui s'ajouterait à celles qui couvrent la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites. Le cinquième risque est également nommé le "risque dépendance" ou le "risque perte d'autonomie" »*¹⁷. Même si le projet de loi concernant la création effective de ce cinquième risque de la Sécurité Sociale a été reporté sine die¹⁸ compte tenu de la crise financière internationale et du taux d'endettement de l'Etat français, je vais maintenant aborder en les précisant les perspectives d'évolution des populations âgées dépendantes et des cadres législatifs de leur prise en charge.

1.1.2 Contexte et perspectives démographiques

Dans son ouvrage de politiques publiques Michel LAFORCADE, entre autres, nous offre une projection des données démographiques relatives au public de personnes âgées. Il emploie la formule de « tsunami démographique » afin de commenter les projections futures. Quelques chiffres sont alors abordés, leurs conclusions sont sans appel : les plus de 85 ans qui étaient 1 050 000 en 2005 seront, sauf événement majeur, 1 500 000 en 2010 et 1 850 000 en 2015¹⁹.

Selon une enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) publiée par la DRESS²⁰ et menée à l'initiative de l'INSEE²¹ et de plusieurs organismes spécialisés, la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population (environ 7% aujourd'hui) devrait atteindre près de 10% en 2020. Le fait est que la prise en charge des personnes âgées dépendantes est un enjeu majeur pour les années à venir. Selon la même enquête HID, des projections significatives sont établies selon les groupes catégoriels de mesure de la dépendance de la grille AGGIR²², « *qui constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs*

¹⁶ « *Cinquième risque, le rapport d'étape de la mission d'information du Sénat* ». Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, présidée par M. Philippe MARINI (UMP – Oise). Rapport d'étape de M. Alain VASSELE (UMP - Oise) consulté sur www.senat.fr le 15 juin 2011.

¹⁷ Définition du cinquième consultée sur www.gouvernement.fr/gouvernement/qu-est-ce-que-le-cinquieme-risque le 15 juin 2011.

¹⁸ Journal d'informations de 7 heures de France Culture du 25 août 2011.

¹⁹ Yvette Rayssiguier, Josianne Jégu, Michel Laforcade. *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*. Rennes, Ed. EHESP, 2008, Page 91.

²⁰ Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Article de Christel Colin, revue n°94, décembre 2000, consulté sur www.santé-gouv.fr le 15 juin 2011.

²¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens »²³ : sur les 12,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus de la population française en l'an 2000, 530 000 étaient classées dans les Groupes Iso-Ressources (GIR) 1 à 3, degrés de dépendance les plus élevés de la grille AGGIR ; 265 000 personnes étaient évaluées en GIR 4. De plus, toujours la même année, on estimait que le nombre de personnes de 60 ans et plus en GIR 1 à 4, population cible de l'APA²⁴ mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2002, était d'environ 800 000 personnes. Parmi elles, les deux tiers vivaient à domicile, le leur ou celui d'un proche, ou en foyer logement, le dernier tiers vivant en institution : EHPAD ou USLD. En 2006, Michel DUEE et Cyril REBILLARD²⁵ proposent une étude qui confirme l'enquête HID mais en affinent certaines données. L'âge moyen des personnes dépendantes augmenterait fortement entre 2000 et 2040, passant de 78 à 82 ans pour les hommes, et de 83 à 88 ans pour les femmes. Cette augmentation s'explique d'abord par l'augmentation de 3 ans de l'âge moyen de l'ensemble des personnes de 60 ans et plus (de 71 à 74 ans pour les hommes, et de 73 à 76 ans pour les femmes). L'augmentation des âges moyens des dépendants est supérieure à celle liée au simple vieillissement de la population en raison du décalage des courbes de dépendance vers les âges plus élevés.

Aujourd'hui, ces données statistiques sont des valeurs projectives qui permettent d'envisager les meilleurs ratios entre besoin de dépendance, catégorie de dépendance et offre nécessaire. Cela étant, les caractéristiques par région et département délivrent une variation des données selon qu'on s'intéresse à un territoire urbain ou rural.

1.1.3 Les populations âgées du Val de Besbre

La communauté de communes du Val de Besbre - Sologne Bourbonnaise comptait 12 039 habitants en 1999 (12334 habitants avec double compte). Elle se compose de bourgs ruraux de petite taille. Seule la ville de Dompierre-sur-Besbre est considérée comme urbaine et dépasse les 3300 habitants, ce qui représente environ 28% de la population totale du territoire du Val de Besbre. Avec 23,6 habitants au km², pour une moyenne nationale de 108 habitants au km² et une moyenne départementale de 47 habitants au km², le Val de Besbre - Sologne Bourbonnaise est un territoire très peu peuplé au sein

²² Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources.

²³ Définition donnée sur le site www.vosdroits.service-public.fr, consulté le 16 juin 2011.

²⁴ Allocation Personnalisée d'Autonomie.

d'une région qui se caractérise elle-même par une faible démographie par rapport à l'ensemble national.

Répartition de la population par classe d'âge²⁶

	Val-de-Besbre	Auvergne	France
Moins de 25 ans	25 %	27,4 %	31,2 %
25 à 59 ans	45 %	47 %	47,7 %
Plus de 60 ans	30 %	25,6 %	21,1 %
Age moyen	44 ans		37 ans
Age médian	41 ans	41 ans	
Indice de jeunesse	0,83	1,07	1,47

Comme l'indique ce tableau, la part des plus de 60 ans représente 30% de la population du Val de Besbre et cet indice est bien supérieur à la moyenne régionale et nationale. Aussi, plus d'un tiers des habitants a 60 ans et plus et la pyramide des âges reste fortement marquée par la présence des personnes âgées. Parmi ce tiers de population qui a 60 ans et plus, la moitié a 70 ans. La communauté de communes du Val de Besbre a problématisé les besoins de cette population âgée en terme de logements et de services de proximité : la question du devenir de ces personnes âgées reste posée. La présence de maisons de retraite²⁷ sur le territoire de la communauté de communes permet d'accueillir certaines d'entre elles, les plus dépendantes, mais les places sont limitées.

En outre, d'autres solutions existent et sont souvent plus adaptées aux souhaits des personnes âgées. C'est le cas du maintien à domicile qui est notamment rendu possible grâce à des travaux d'adaptabilité du logement au handicap de la personne. En 2005, le Pact-Arim²⁸, en assurant sa mission d'animation pour l'amélioration de l'habitat, a constaté une recrudescence des demandes en faveur de travaux d'adaptabilité (12,7% des opérations financées). 62 % des propriétaires occupants ayant reçu une subvention pour des travaux d'amélioration de l'habitat en 2005 avaient d'ailleurs plus de 70 ans.

²⁵ Michel DUEE et Cyril REBILLARD. « *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040* », article de 2006, consulté le 16 juin 2011 sur le site www.insee.fr, rubrique Données sociales – La société française.

²⁶ Données INSEE 2010, consultées sur le www.insee.fr le 16 juin 2011.

²⁷ Deux EHPAD de 62 et 70 places sont répertoriés dont celui de Dompierre/Besbre

²⁸ Association reconnue d'utilité publique qui vise à améliorer et réhabiliter l'habitat pour assurer des conditions de vie décentes pour tous, lutter contre la crise du logement, et favoriser la

Aussi, afin que le nombre le plus important de personnes âgées puisse continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible, des actions en faveur de l'adaptabilité des logements au handicap sont en cours d'être menées sur le territoire de la communauté de communes. L'ensemble des communes du territoire est concerné par cette adaptabilité des logements même si le phénomène est plus prégnant dans la moitié sud du territoire intercommunal.

Prospectives démographiques sur 25 ans : quelle que soit l'hypothèse retenue par le modèle de projection de l'INSEE, la baisse de population semble être inexorable sauf si le département de l'Allier parvient à attirer de nouvelles populations grâce à un dispositif comme le « défi 2015 »²⁹. Ces évolutions projetées peuvent résulter de causes multifactorielles : les conséquences du « baby-boom » devenu « papy-boom » par le vieillissement accru du département s'exprimeront ensuite par une mortalité conséquente. Un manque chronique de jeunes ménages et une fécondité départementale très faible alimenteraient ce déclin.

Les 75 ans et plus : une évolution marquée par une progression constante de la population des personnes âgées. L'évolution est limitée jusqu'en 2020, après une légère baisse, avant une forte remontée à compter de 2021.

Les 85 ans et plus : le groupe des 85 ans et plus devrait connaître une progression constante jusqu'en 2020. Ce point chronologique marquerait un plafonnement avec une légère baisse sur la période 2025-2030. Le différentiel de progression est notable entre la période initiale (2005-2010) avec +42,7% et les séquences suivantes. Ces dernières marquent une décélération dans l'évolution de cette population.

Les points majeurs à retenir concernant les populations du département et du territoire du Val de Besbre sont donc :

- 1/ Baisse globale de la population du département
- 2/ Hausse de la population des personnes âgées
- 3/ Non renouvellement des classes jeunes

cohésion et la mixité sociale sur le territoire urbain comme rural, définition consultée sur le site www.pact-arim.org le 8 juillet 2011.

²⁹ Il s'agit pour les collectivités locales de l'Allier de conduire « *la mise en place de projets territoriaux de développement durable* » afin de stabiliser, voire d'augmenter la population de ce département. Information du site <http://observatoire-territoires-durables.org>, consulté le 8 juillet 2011.

4/ Les personnes âgées représentent un enjeu économique fort, ce qui nous conduit à nous interroger sur les politiques destinées à ces personnes et sur les offres d'accompagnement et d'hébergement les concernant.

1.2 Schéma des politiques publiques et offres d'hébergement

Après avoir dressé un tableau non exhaustif des publics du 3^{ème} et du grand âge, je vais maintenant aborder la question de la législation encadrant les modalités de travail auprès de ces personnes, en particulier dans le domaine qui me concerne au plus près, à savoir l'accompagnement et l'accueil dans le cadre d'un hébergement.

1.2.1 Du rapport Laroque à une politique de vieillesse dépendante

En 1962, le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre LAROQUE, fera date : la vieillesse y apparaît comme une situation de marginalité et d'exclusion sociale. La commission prône une nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie, le maintien à domicile et la participation à la vie sociale. Au milieu des années 1980, les responsabilités en matière d'action sociale et d'aide sociale sont décentralisées et confiées aux conseils généraux, l'Etat conservant la maîtrise du soin. Les établissements pour personnes âgées sont donc alors sous la responsabilité de deux administrations.

Les années 1990 et 2000 se caractérisent par une frénésie législative et réglementaire qui conduit à une transformation majeure des politiques publiques. L'année 1997 voit la création de la prestation spécifique dépendance (PSD). En 1999, plusieurs textes réforment le financement et la tarification des établissements accueillant des personnes âgées. En 2001, l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) se substitue à la PSD. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 réforme, quant à elle, le fonctionnement de tous les établissements sociaux et médico-sociaux.

L'un des derniers avatars de cette explosion normative concerne la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) par la loi n°2004-626 du 30 juin 2004. La CNSA finance l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées (dotations de soins, APA, création de places supplémentaires). Elle a aussi une mission d'expertise, d'information et d'animation pour promouvoir la qualité du service rendu. La CNSA rassemble l'essentiel des moyens de

l'Etat et de l'assurance maladie consacrés à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. En 2006, son budget était de 14 milliards d'euros, 3 milliards provenant de la CSG³⁰ et de la contribution liée à l'institution d'une journée de solidarité – un jour, antérieurement non ouvré ou férié, est travaillé – et 11 milliards de crédits de l'assurance maladie. La CNSA verse une partie de ses ressources aux conseils généraux pour le financement de l'APA. Avec les DDASS et les DRASS, elle décide d'une dotation annuelle aux établissements et services pour personnes handicapées et pour les personnes âgées.

Enfin le plan Solidarité Grand Age adopté le 27 juin 2006 marque une impulsion significative des politiques publiques. Il réaffirme le libre choix du domicile rendu possible par l'augmentation des services à domicile et par la reconnaissance du droit au répit pour les aidants. Il promeut la transformation des maisons de retraite en plateformes de services, tout en prévoyant une augmentation substantielle de personnel. Il souhaite mieux adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la médecine gériatrique et en développant les liens avec le domicile. Enfin il insuffle une dynamique à la recherche : ce plan a été salué par tous les acteurs concernés, reste à le mettre en œuvre...

Plus globalement, les politiques en direction des personnes âgées portent sur 4 axes principaux :

- 1- Donner aux personnes âgées dépendantes la liberté de rester à leur domicile
- 2- Accroître l'hospitalisation à domicile et les places de services de soins infirmiers à domicile, adapter le logement par des aides fiscales et promouvoir l'accueil familial des personnes âgées.
- 3- Réformer le fonctionnement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Au nombre de 10 300 ils accueillent quelques 610 000 personnes de plus de 60 ans. Ils sont de statuts variés : publics, privés lucratifs ou non (associatifs ou mutualistes) ou commerciaux. Il leur est demandé de s'ouvrir pour offrir une palette de services pour favoriser le maintien à domicile. La qualité de leurs prestations doit aussi s'améliorer grâce aux outils d'évaluation interne et externe prévus par la loi du 2 janvier 2002. Une convention tripartite liant l'Etat, les conseils généraux et les EHPAD pour 5 ans leur attribue des moyens supplémentaires à condition qu'ils s'engagent dans une amélioration continue de la qualité à partir du référentiel ANGELIQUE³¹ (arrêté du 26 avril

³⁰ Contribution Sociale Généralisée.

³¹ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements. Le référentiel ANGELIQUE a été élaboré par le ministère des affaires sociales en lien avec les fédérations de maison de retraite. Il explore les différentes composantes d'une compétence d'institution, à travers des orientations, des pratiques, des ressources. Il reprend

1999). Enfin, une réforme de la tarification des établissements est intervenue par décret à cette même date. Elle vise désormais à établir la réalité des coûts de revient : le tarif hébergement pris en charge par la personne, sa famille ou le conseil général en fonction de ses revenus, le tarif dépendance modulé en fonction de l'état de dépendance de la personne et payé par l'APA et enfin, le tarif soin fixé par la DDASS et payé par l'assurance maladie.

4- Assurer la continuité de la prise en charge entre l'hôpital et l'EHPAD, ainsi qu'une volonté de mieux organiser la filière gériatrique à l'hôpital.

1.2.2 Une inéluctable réforme de la dépendance

La protection sociale est au cœur des débats de notre temps : facteur de cohésion, mêlant assurance individuelle et solidarité, elle donne sens à la notion de citoyenneté. S'il est indispensable de la réformer, la voie est étroite. Michel BORGETTO et Robert LAFORE l'expliquent dans l'article consacré au vieillissement dans leur ouvrage *Droit de l'aide et de l'action sociales* : « le vieillissement de la population pose à la société plusieurs problèmes bien connus. D'abord un problème de financement des systèmes de retraite en raison de la décrue attendue, à partir de 2010, de la population active conjuguée à une augmentation du nombre d'inactifs : situation qui a déjà conduit les pouvoirs publics à réformer lesdits régimes, via notamment l'allongement de la durée de cotisation. Un problème, ensuite, de financement des dépenses de santé liées au grand âge ; en effet l'allongement de l'espérance de vie se traduit par des charges accrues de soins médicaux et paramédicaux. A titre d'exemple, il suffira de noter qu'en 1991 les personnes âgées de plus de 80 ans absorbaient 11,9% des dépenses médicales alors qu'elles ne représentaient que 3,7% de la population. De manière plus générale, il suffira de rappeler que la consommation de soins est en moyenne trois fois plus élevée chez les personnes âgées de plus de 80 ans que chez celles qui sont âgées de 20 à 30 ans. Un problème, enfin, d'augmentation inéluctable des dépenses liées soit aux actions à mener pour permettre le maintien à leur domicile des personnes âgées : action d'autant plus nécessaires que l'immense majorité de la population âgée réside et préfère résider à son domicile ; soit, en cas d'impossibilité, aux structures d'hébergement à mettre en place ou à rénover pour les accueillir. Des structures dont le nombre a tout lieu de croître compte

les principales lignes de la loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réparties en quatre parties : le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations ; le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre ; l'organisation de l'établissement ou du service ; l'établissement ou le service dans son environnement.

tenu tant de la courbe démographique que du développement du phénomène de dépendance auquel risquent d'être tôt ou tard confrontées les personnes âgées. »³²

Comme les chiffres indiqués précédemment le confirment, le département de l'Allier, et le secteur du Val de Besbre qui me concerne plus particulièrement, vont être directement impactés par l'augmentation du nombre de personnes âgées. Les instances locales, mais aussi nationales, doivent donc, d'ores et déjà, par les choix politiques idoines, anticiper ce phénomène de mise en œuvre des mesures d'accompagnement et d'hébergement nécessaires pour ces personnes.

Le rapport de Paulette GUINCHARD datant de 2006 (Rapport d'information sur le financement des établissements pour personnes âgées) note que les politiques publiques doivent couvrir les besoins d'aide et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie en préservant le libre choix de leur mode de vie et en veillant à leur solvabilité. Trop souvent le reste à charge restant aux familles et facturé par les établissements réduit le reste à vivre des personnes âgées. Le rapport d'Hélène GISSEROT de mars 2007 (Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix) défriche les conditions d'émergence d'une nouvelle branche de protection sociale et les possibilités d'une couverture complémentaire de la perte d'autonomie. Dans ses conclusions, elle rappelle que la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées donne lieu depuis une quinzaine d'années à la rédaction de nombreux rapports, colloques et expertises tant en France qu'à l'étranger.

Il ressort que le coût de prise en charge de la dépendance est fonction de choix politiques sur le niveau et les modalités de cette prise en charge. Ces choix sont principalement de deux ordres :

- ils portent d'abord sur le niveau souhaité, tant quantitatif que qualitatif, d'amélioration des services de prise en charge de la dépendance.
- ils portent en second lieu sur le niveau de taux d'effort demandé aux intéressés et à leurs familles.

Dès lors, le financement de la dépendance nécessitera des moyens supplémentaires et la réflexion actuelle porte sur les pistes possibles :

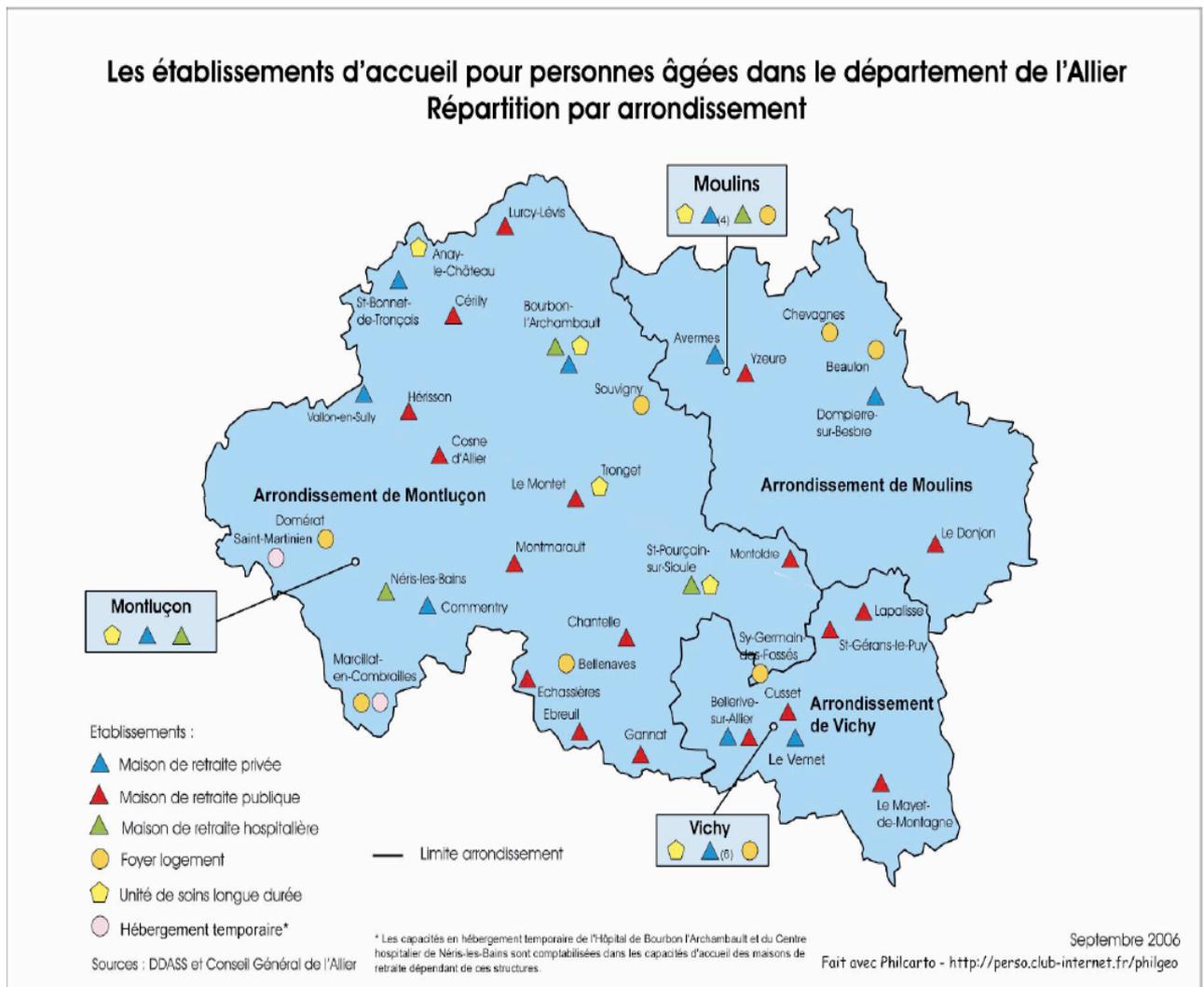
- L'instauration d'une nouvelle branche de la protection sociale (5ème risque).

³² Michel Borgetto, Robert Lafore. *Droit de l'aide et de l'action sociales*. 7^{ème} édition. Paris. Edition Montchrestien, Lextenso Editions. Domat public. 2009, p. 335.

- Une couverture complémentaire autonomie, au même titre que les couvertures maladie ou retraite.
- L'élargissement de l'assiette des cotisations sociales (aux revenus du capital par exemple).

1.2.3 Cartographie de l'offre d'hébergement et de services en direction des personnes âgées dépendantes dans un département à haute densité rurale

Situation géographique



Le département compte, au 1^{er} juillet 2006, 5 309 lits parmi lesquels 4 062 places sont médicalisées et 1 308 places sont non médicalisées³³. A travers cette cartographie de

³³ Schéma départemental de l'Allier 2007-2011 en faveur des personnes âgées, consultable sur le site du Conseil Général de ce département : www.allier.fr.

septembre 2006 toujours actuelle, l'on se rend compte que l'offre d'hébergement pour l'arrondissement de Moulins est plutôt faible et que, plus particulièrement, le territoire du Val de Besbre est peu fourni en terme de structures. L'EHPAD Les Vignes qui concerne mon sujet d'étude est la seule offre d'hébergement médicalisé et les structures d'habitat restantes sont des foyers logements localisés dans un rayon de 20 km. Les deux unités de vie médicalisées les plus proches du secteur de Dompierre-sur-Besbre et de la communauté de communes du Val de Besbre sont respectivement situées à une distance de 35 et 40 km pour les établissements de la localité d'Yzeure et de la localité du Donjon. A cet instant de ma réflexion, je peux admettre que le territoire d'étude est fortement ruralisé pour une densité de population âgée élevée. En parallèle de ce constat, l'offre d'hébergement spécifique est bien en dessous des besoins repérés par le schéma départemental de l'Allier 2007-2011 en faveur des personnes âgées.

1.3 L'EHPAD Les Vignes : diagnostic d'une résidence en cœur de bourg

Après avoir explicité dans quel cadre général, tant en terme de populations visées que de politique les concernant, et après avoir éclairé la réalité du contexte géographique et socio-économique dans lequel se situe l'établissement que je dirige, je vais maintenant dépeindre au plus près la vie de cette structure.

1.3.1 Une entité « maison de retraite » par une organisation médicalisée

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Les Vignes » est une structure d'accueil médicalisée située sur la localité rurale de Dompierre-sur-Besbre dans le département de l'Allier. Le projet d'accueil précise l'ensemble de ses prestations en direction de populations du canton, à partir de 60 ans, relevant également du « grand âge » et considérées en perte d'autonomie. La diversité des missions s'étayent d'un cadre législatif alimenté des lois du 02 janvier 2002 et du 11 février 2005, et leur mise en œuvre s'articule dans le cadre du schéma départemental en faveur des personnes âgées ainsi qu'au regard des préconisations du PRIAC³⁴.

L'EHPAD est localisé au centre de Dompierre-sur-Besbre et jouxte la mairie. C'est le seul EHPAD pour un canton de plus de 25 km². Le centre hospitalier et le centre médico

psychologique sont distants de 30 km et les professionnels de soins libéraux très peu nombreux sur la commune (deux médecins généralistes et un kinésithérapeute). La structure a une capacité d'accueil de 62 places réparties sur un bâtiment unique de deux étages. Les usagers accueillis bénéficient tous de chambres individuelles sans délimitation de zones spécifiques pour des populations aux sémiologies de démence.

L'EHPAD Les Vignes est une maison, on y ressent l'atmosphère d'un lieu de vie et d'échange, parents, familles et amis apportent leur contribution à cette maison ; on s'y rend naturellement en fin de journée et les week-ends. On se connaît, on se rend des services et personne parmi les résidents n'est perçu comme étranger pour la plupart des visiteurs. L'ensemble des professionnels est également perçu comme étant proche des usagers ; la configuration d'une vie de grand bourg (ou petite ville) influe sur les zones de représentations et d'identité de l'EHPAD.

Les personnes bénéficiaires :

90% des personnes âgées accueillies arrivent de Dompierre-sur-Besbre et le même pourcentage bénéficie d'une connaissance (autre résident ou salarié) dès son entrée dans l'établissement.

Les modalités d'admission :

Une demande d'accueil sous la forme d'un dossier administratif complet doit être adressé à l'établissement et validé par le médecin traitant des demandeurs. Les dossiers sont enregistrés par un logiciel de liste d'attente qui série la priorité et l'ordre d'arrivée des demandes. La commission d'admission est composée des deux cadres techniques (le médecin coordonnateur et la psychologue) et du directeur. La commission se réunit une fois par mois.

Les acteurs : des professionnels répartis par pôles :

38 femmes et 5 hommes sont salariés au sein de l'EHPAD, représentant 38 ETP³⁵. La moitié représente des personnels soignants (infirmières et aides soignantes) et l'autre moitié se compose de personnels logistiques : lingerie, entretien, restauration, personnel administratif et la direction (non identifié dans un pôle).

4 pôles se dégagent : Pôle soignant (infirmière + aides soignantes) - Pôle logistique, lingerie, entretien - Pôle restauration – Pôle administratif.

4 infirmières et 17 aides soignantes composent l'équipe de soins. Elles ont pour missions la prise en charge et la prise en compte de chaque personne accueillie par un accompagnement individualisé. Les infirmières assurent le suivi des traitements et des

³⁴ PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

³⁵ Equivalent Temps Plein.

soins ; elles assurent la garantie de la mise en œuvre des prescriptions du médecin coordonnateur ; elles s'inscrivent dans le projet de manière engagée.

1.3.2 Une histoire à plusieurs ères

L'ère des fondateurs:

Fin des années 1980, la commune de Dompierre-sur-Besbre, représentée par un maire charismatique, et les autres communes environnantes du canton, prennent conscience de nombre croissant des personnes âgées, des difficultés fréquentes pour les soutenir à domicile et ainsi d'une absence de structure sur le plan local, la plus proche se situant à 25 km. Par délibération du 25 novembre 1988, la commune de Dompierre-sur-Besbre décide de donner, sous forme de bail de construction pour un minimum de 55 ans, à un maître d'ouvrage, un terrain qui jouxte la mairie en vue d'édifier un maison de retraite qui puisse répondre aux besoins ayant motivé le projet. La maison de retraite « Les Vignes » est ouverte le 25 novembre 1991. Sous l'impulsion d'élus locaux, elle incarne l'édifice communal incontournable d'une paisible bourgade de campagne.

Le temps paisible :

Les enjeux de la maison de retraite portent sur l'accueil des populations post-salariales et dont l'entrée en retraite coupe un espace social considéré comme restreint de par la mesure d'une faible densité démographique sur le territoire rural du Val-de-Besbre. C'est l'ère du 3^{ème} âge et du temps occupationnel au sein de la structure ; la maison de retraite fonctionne comme un foyer logement. Les services sont restreints mais l'offre locative de grande qualité.

L'ère des mutations :

Cet établissement s'est médicalisé en 2004, la maison de retraite Les Vignes devenant l'EHPAD Les Vignes, pour se fondre dans l'organisation sanitaire et médico sociale des schémas départementaux de gérontologie. L'établissement signe la convention tripartite qui entre en vigueur le 1^{er} août 2004. Par un arrêté du 1^{er} juin 2004, le Préfet de l'Allier autorise la médicalisation complète de l'établissement. La convention tripartite stipule les objectifs stratégiques suivants comme prioritaires dans l'évolution de l'activité et la gestion de l'établissement : la qualité d'accueil, la qualité de vie, la qualité des espaces, la qualité des soins, la qualité de l'animation.

Mais depuis 2004 aussi, cette structure s'est vu notifier différents avis défavorables pour le maintien d'ouverture en raison d'une évolution de la législation relative aux normes de

sécurité et d'accessibilité des établissements classés ayant le statut d'ERP³⁶. Des travaux de mises aux normes s'avèrent depuis lors impérieux car l'établissement progresse dans son activité avec une menace de fermeture administrative. Après l'ajournement récent d'un premier projet de réhabilitation et en vue de finaliser une prochaine opération de restructuration, une réflexion en profondeur est menée par l'association gestionnaire sur le modèle institutionnel à retenir.

Un projet de restructuration déposé en CROSMS³⁷ en février 2010 a reçu un avis favorable pour la mise en œuvre d'un nouveau projet augmentant la capacité à 80 places permanentes, nombre jugé comme un seuil de rentabilité par les autorités de tarification. Ce projet inscrit la mise aux normes et l'extension du bâtiment et intègre des dispositifs intermédiaires tels un accueil de jour, un accueil de nuit et un accueil d'hébergement temporaire ; voici précisément ce cadre d'extension :

- Création de 18 lits d'hébergement permanent supplémentaires
- Création de 2 lits d'hébergement temporaire
- Création d'un accueil de jour pour 6 places
- Création d'un accueil de nuit pour 2 lits
- Création pour les résidents de l'EHPAD en hébergement permanent d'un pôle d'activités et de soins adaptés de 12 places.

Diagnostic de fonctionnement (acteurs, agitations, tendances)

Un leader responsable : le directeur

De par son autorité officielle, le directeur de l'EHPAD assure la gouvernance de la structure organisationnelle. Il s'appuie sur un management participatif qui tend à mettre en responsabilité des acteurs pour chaque pôle. Depuis 1991, cinq directeurs se sont succédés en développant des stratégies de management différentes qui ont modelé l'organisation selon plusieurs types de leaderships : Évhémère, responsable et effectif.

Des leaderships identifiés :

En parallèle à ces directions subséquentes, deux leaders psychologiques semblent dépositaires de l'histoire organisationnelle. Ainsi, le médecin coordonnateur et l'animatrice de l'EHPAD tiennent un rôle prépondérant dans l'accompagnement au changement. L'ensemble des équipes, y-compris les salariés les plus récents, cherche l'aval de ces leaders avant la mise en œuvre de nouvelles modalités de fonctionnement. Ces leaders

³⁶ Etablissement Recevant du Public.

³⁷ Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

influent de manière positive sur les groupes. Non rétifs au changement, ils tendent à accompagner et ré assurer les acteurs par un discours pédagogique et concerté.

Une zone d'agitation :

Les frontières internes délimitent les champs d'intervention des pôles. La zone de frontière majeure interne entoure la direction et le besoin presque constant de réponses de la part des équipes de l'EHPAD agite régulièrement cette zone. La vibration de cette zone semble naturelle, elle est la conséquence de la volonté d'action collective : « *toutes nos actions risquent d'aboutir au contraire de ce que nous cherchions à réaliser : l'effet contre intuitif est au cœur même de tout effort d'action collective* »³⁸.

L'hégémonie du soin :

Certains déséquilibres sont identifiés par la prédominance des équipes de soins dans la structure ; les pôles se revendiquent dans leurs propres sphères d'appartenance et le canon du champ sanitaire tend à favoriser ce repli. Des tensions naissent entre l'équipe soignante et les agents de services hôteliers. Les sources de démotivation semblent nombreuses pour ces derniers, ce qui a pour conséquences, parfois, des situations d'accompagnements fragmentés pour les résidents. La communication incomplète prédomine malgré les responsables de pôle logistiques et l'utilisation systématique des tableaux de bords informatiques de transmissions quotidiennes (logistique d'accompagnement : besoins matériels des résidents, tenue du lieu privatif, visite de familles, soutien au temps de repas, suivi du linge) semblent favoriser les stratégies d'évitement (de non relation directe entre ces deux pôles).

Scission du pôle soins : de la reconnaissance des unes au sentiment de déconsidération des autres

4 infirmières et 17 aides soignantes composent l'équipe de soins. Elles ont pour missions la prise en charge et la prise en compte de chaque personne accueillie par un accompagnement individualisé. Les infirmières assurent le suivi des traitements et des soins ; elles assurent la garantie de la mise en œuvre des prescriptions du médecin coordonnateur ; elles s'inscrivent dans le projet de manière engagée. Les aides soignantes n'ont pas de responsables désignées et elles traduisent leurs interventions de soins comme étant moins considérées et reconnues.

Des mécanismes de dérives :

L'intervention des infirmières est vécue comme un « travail privilégié » par l'équipe d'aides soignantes. Ces dernières évoquent régulièrement la grande difficulté de leurs fonctions, l'absence de moyens suffisants et le travail de « basse œuvre » dont elles ont la charge. Le glissement d'un tel discours favorise les phénomènes de « mécanisation »

³⁸ Michel Crozier - Ehrard Friedberg. *L'acteur et le système*. Editions du Seuil. Collection Points Politique. 1981, p. 17.

d'accompagnement et implique une rupture entre le prendre soin et l'acte de soins. Certaines professionnelles agissent sur le « traitement des corps » et déshumanisent inconsciemment leurs interventions dans l'idée de reconnaissance et d'attention portées aux usagers.

1.3.3 Une association gestionnaire friable

A l'ouverture de l'établissement, la gestion est confiée aux Mutuelles Bourbonnaises qui représentent un esprit mutualiste local reconnu. En 2005, les Mutuelles Bourbonnaises se retirent en faveur d'une nouvelle association gestionnaire. Ainsi naît l'Association de Gestion pour Personnes Agées et Personnes Handicapées (AGEPAPH). Cette nouvelle entité juridique privée à but non lucratif est en fait une émanation de la Mutuelle Bourbonnaise recomposée par certains de ses membres, elle administre également un institut médico-éducatif ainsi qu'un institut d'éducation motrice. L'association n'a pas réellement établi une politique de gouvernance cohérente pour ces institutions ; les membres du conseil d'administration font preuve de bonne volonté et inscrivent l'ensemble de leurs actions dans un bénévolat altérant une gestion globale des ressources humaines. En 2010, l'association gestionnaire AGEPAPH rejoint le groupement de coopération SAGESS. La contractualisation d'un CPOM³⁹ permet de clarifier certaines mutualisations entre les associations gestionnaires et de renforcer la structure financière des établissements. Un directeur général est nommé pour harmoniser l'ensemble des associations au sein du groupement. Il s'inscrit comme un point d'appui opérationnel et technique pour l'AGEPAPH. Il est un interlocuteur de soutien envers les autorités de contrôle et de tarification. Un premier accord avec l'ARS⁴⁰ visant à la redistribution des excédents financiers est signé.

L'AGEPAPH s'est structurée avec une identité affaiblie par rapport à la première association gestionnaire qui portait une garantie assurantielle et mutualiste dans son action. Dès lors, on a assisté à une gouvernance par cycle qui n'a pas permis d'anticiper une réelle politique de gestion du patrimoine. La mutation de l'association gestionnaire a fragilisé son établissement EHPAD de par une absence de réactivité manifeste et un manque d'adaptation envers son établissement le moins en vue. Le processus associatif a redémarré dans un second temps : du fait de son entrée dans un groupement de

³⁹ Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

⁴⁰ Agence Régionale de Santé. Les ARS remplacent les DDASS et les DRASS depuis le 1^{er} janvier 2010. Les ARS visent à la gouvernance du secteur sanitaire et médico-social.

coopération, l'association gestionnaire a voulu rechercher la stabilité et la pérennité de ses établissements afin d'anticiper les politiques de rigueur pressenties.

Le rideau s'est levé sur un décor fait d'une histoire évolutive. Des balbutiements d'un secteur qui a rapidement cherché à se structurer à l'accélération de ces dix dernières années, le champ de la gérontologie et de la gériatrie s'est construit par la combinaison d'enjeux démographiques, économiques et de santé publique. Les mutations des structures d'hébergements sont la conséquence directe de ces enjeux d'égal traitement des populations âgées et de la redistribution des champs de compétences et de responsabilités entre l'Etat et les départements. J'ai donc abordé des définitions en entonnoirs qui m'ont permis de baliser ma problématique, à savoir **recomposer l'offre des services d'un EHPAD en privilégiant des unités de vie intégrées au territoire rural**, en situant l'EHPAD dans son contexte territorial et juridique. Dans la suite de ce travail, je vais maintenant m'attacher à rendre compte des fondamentaux du projet d'établissement de l'EHPAD et particulièrement de la lecture du projet de soins qui, me semble-t-il, peut prendre des orientations de pilotage inattendues.

2 Les figures du soin et leurs déclinaisons

J'introduirai l'ensemble de cette partie par l'approche épistémologique de l'institution. Nous verrons que le lien entre la question du soin en EHPAD et la construction des modèles institutionnels peuvent marcher de pair. Auparavant, il convient de dérouler la cohérence des modèles de soins vis à vis de la thématique de départ, en effet, il s'agit pour moi de rendre compte de la meilleure offre de soins possibles adaptée à un processus de changement. Les services de l'EHPAD sont axés sur le modèle médico social avec, au centre, un projet de soins visant à l'accompagnement du grand âge et une organisation sanitaire articulée autour de personnels soignants. Quelles prestations de soins sont-elles dispensées et pour quelle réelle finalité ? L'enjeu de l'offre de services, et particulièrement l'offre de soins, mérite un éclairage rétroactif qui nous permettra de comprendre la focale des soins modernes retenus aujourd'hui au sein des EHPAD.

Retour sur une vision de l'institution :

C'est à l'âge classique, l'une des périodes de recherche privilégiées de Michel FOUCAULT, qu'apparaît l'institution dans sa forme de classification. L'institution classe et ordonne afin de contrôler l'ordre public. Caserne, léproserie, sanatorium, asile et pensionnat sont les premiers modèles d'institutions qui visent à asseoir un contrôle et un pouvoir sur les populations indigentes. Michel FOUCAULT évoque la notion de bio politique pour identifier le processus de maîtrise sur les populations prises en charge par les premiers modèles institutionnels. « *Le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps. Pour la société capitaliste, c'est la bio-politique qui importait avant tout, le biologique, le somatique, le corporel. Le corps est une réalité bio-politique ; la médecine est une stratégie bio-politique* »⁴¹. J'interpelle cette donnée épistémologique afin de rappeler la force inconsciente et tenace que représente le champ du soin dans une institution. A ce stade d'avancée de ma réflexion, je souhaite mettre en exergue la question du prendre soin en EHPAD, selon qu'elle s'articule sur le modèle sanitaire ou s'étaye sur les conceptions médico sociales. Pour ces dernières, je rappellerai qu'elles

⁴¹ Michel Foucault, chapitre « *La naissance de la médecine sociale* », *Dits et écrits*, T. III. Paris. Gallimard. 1974, p. 210. Strictement, le biopouvoir est un terme générique désignant l'organisation du pouvoir sur la vie. Il se décompose d'une part en une anatomo-politique dont l'objet est le dressage, la majoration et l'extorsion des forces des corps individuels par des procédures de discipline en vue de les intégrer au système de production capitaliste, et d'autre part en une bio-politique dont l'objet est la régulation sanitaire et démographique des populations par des procédures de contrôle.

fondent leur objet sur la compensation pour autrui, tantôt dans une dynamique d'accompagnement éducatif, pédagogique, tantôt sur le principe de protection sociale.

L'entrée en EHPAD constitue un basculement dans un parcours de vie, c'est la révélation concrète d'une autonomie vacillante et d'un choix difficile à consentir. L'institution agit dans une « *coupure-lien* »⁴² et devient lieu de vie et environnement de soins pour la personne qu'elle accueille. Mais de quels soins parlons nous ? Pour quels objectifs ? J'opterai pour la notion de « figures de soins » afin d'appréhender la diversité des pratiques soignantes repérés en EHPAD. De traitements médicamenteux, de gestes techniques, de bilans physiologiques, de ré éducation motrice, bref de la dimension curative à celle du « care », je tenterai une exploration non exhaustive des modèles de soins et rendrai compte de celui qui, à mon sens, est le plus enclin à correspondre comme une offre de service qualitative et en cohérence avec un management réflexif, fondé sur une dynamique de clinique institutionnelle.

2.1 Objet de soins

Réunion de transmission du 12 mars 2011, verbatim des échanges de professionnels menés par l'infirmière permanente de l'équipe soignante : « *Mr G a fait l'objet de nombreux soins tout au long de la semaine écoulée et le traitement d'Actiskenan (un antalgique dérivé de la morphine), qu'on lui a donné à chaque sensation de douleur, lui permet de se sentir relativement mieux* ». Le résident cité a été l'objet ou a fait l'objet d'une pratique de soin dont le protocole est clairement défini. La tentation est grande de percevoir la personne résidente comme objet de soins. En lui-même, ce substantif « objet », du fait de la connotation de passivité à laquelle il renvoie, peut laisser entendre que le soin est uniquement destiné à réparer un corps, alors qu'il devrait être un ensemble de réponses concertées face à un résident dont les maux sont nombreux : maux du corps vieilli et douloureux, certes, mais aussi maux de l'esprit, usé et bien souvent confus et maux sociaux, relatifs à l'isolement et la solitude des personnes âgées. Des regards croisés se prêtent alors à la question du soin.....*Selon que vous serez* etc... Pour reprendre l'assertion de Jean de la Fontaine, le regard sur le soin se différencie selon les formations des intervenants. Médecin, infirmières, aides-soignantes portent plus naturellement des réponses aux symptômes physiques que les professionnels médico-

⁴² Daniel SIBONY, cité sur www.psychasoc.com/Textes/Fonction-paternelle-fonction-educative, consulté le 9 juillet 2011.

sociaux (animateurs, auxiliaires de vie, psychologue) dont les attentions seront plus directement portés sur les attitudes d'empathie ou de mal-être des résidents âgées.

2.1.1 Modélisation sanitaire au cœur du projet de soin

Le projet de soins est organisé autour d'un dispositif hiérarchique piloté par le médecin coordonnateur. Infirmières et aides soignantes complètent cette organisation et mettent en œuvre les interventions de soins au sein de l'EHPAD. Le projet d'établissement détermine un projet de vie et un projet de soins pour le résident. Précisément, le projet de soins vise à prévenir et traiter les maladies (déficiences). Il définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie de chaque résident.

La convention tripartite a instauré la présence obligatoire d'un médecin coordonnateur dont le rôle, défini par le décret 99-316 du 26 avril 1999, annexe II, est d'assurer la coordination et la formation des différents intervenants médicaux et paramédicaux afin de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge. Plus précisément, « *le médecin coordonnateur n'est pas un soignant avec une relation duelle médecin/malade. Il n'est pas le médecin traitant. Il apporte ses compétences gériatriques au niveau des résidents de l'EHPAD avec pour objectif la qualité de la prise en charge* »⁴³.

Ce rôle est extrêmement important dans une démarche gériatrique de qualité. L'EHPAD est inscrite dans un maillage gériatrique. C'est un maillon de la filière gériatrique. Afin de garantir aux résidents hébergés une qualité optimale de soins lorsqu'ils sont malades, les EHPAD travaillent en réseau avec les structures sanitaires gériatriques pour une prise en charge optimale des épisodes aigus en services de soins et de rééducation dès lors qu'il est besoin d'un plateau technique. A l'inverse, ils sont le lieu de référence lorsqu'il est besoin d'une institutionnalisation d'un malade âgé qui, du fait de son handicap, ne peut rentrer à son domicile.

Cette appartenance à une filière est très variable d'une région à l'autre en fonction de la nature administrative de l'EHPAD. S'il s'agit d'un EHPAD relevant du centre hospitalier général, la complémentarité dans la prise en charge se fera plus naturellement que s'il s'agit d'un EHPAD privé à but lucratif. Néanmoins, la recherche de son inscription dans une filière gériatrique quelle qu'elle soit est la garantie d'une qualité de prise en charge

⁴³ Définition donnée par le Docteur Jean-Claude Malbec dans l'article *Missions du médecin coordonnateur* consulté sur le site www.ehpad.org le 10 juillet 2011.

adaptée aux besoins toujours évolutifs et changeants de la population âgée fragile. Cette inscription exige de la part des différents professionnels de la gériatrie, médicaux ou non, un apprentissage de l'ouverture et de la coordination. Le développement des CLIC⁴⁴ traduit cette évolution culturelle positive.

Pourquoi cette organisation sanitaire ?

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille est destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique. Il s'agit de respecter le libre choix des personnes en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Dans cet objectif le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de soixante-quinze ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques de ces personnes, souvent poly-pathologiques et fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7 %⁴⁵ des personnes âgées de plus de soixante ans. Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans rupture et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance.

L'axe 3 du Plan Solidarité Grand Age propose les mesures permettant la poursuite de cette politique. Ces mesures visent à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques très fortement maillés avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD. Les dispositions de la présente circulaire viennent conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire du 18 mars 2002 et cherchent à dynamiser les démarches entreprises en ce sens dans le cadre de la mise en œuvre des volets des SROS⁴⁶ III consacrés aux personnes âgées.

L'évolution des populations au sein des EHPAD a accentué le modèle sanitaire afin d'organiser des protocoles précis répondant aux pathologies du grand âge et offrant des réponses diversifiées en terme de prise en charge. Le modèle sanitaire fait aujourd'hui

⁴⁴ Comité Local d'Information et de Coordination.

⁴⁵ Données INSEE 2011, consultées sur internet www.insee.fr le 11 juillet 2011.

⁴⁶ Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

figure culturelle du projet de soins. Les politiques publiques, inscrites dans une conception « bio politique », assoient le marquage sanitaire au cœur des EHPAD. Le 30 décembre 2010 est paru le décret n° 2010-1731⁴⁷. Il vise à établir des contrats types par des engagements réciproques des signataires.

Ces engagements concernent particulièrement les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et la transmission d'informations relatives à cette intervention, ainsi que les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement. Ce dispositif est complété par l'accent mis sur la nécessaire formation des professionnels. L'ensemble de ces mesures est, à mon sens, une expression politique forte, qui ancre définitivement la place des EHPAD, au regard du législateur, dans la filière gériatrique.

2.1.2 Protocole du domaine médical

Reconnait-on, dans le projet de soin de l'EHPAD Les Vignes, l'ensemble des prérogatives législatives citées précédemment ?

Pour le médecin coordonnateur, salarié de l'EHPAD depuis 1991, le passage de foyer logement en EHPAD s'est concrétisé par la structuration de différents protocoles. D'une part, on est passé de soins paramédicaux à de réels soins techniques, d'autre part, il a fallu identifier le médecin de campagne de la localité de Dompierre-sur-Besbre comme le médecin coordonnateur au service des résidents de l'EHPAD.

Du dehors au dedans : la population rurale de Dompierre-sur-Besbre est largement plus vieillissante⁴⁸ que la moyenne nationale. Les anciens patients du généraliste rural sont devenus, lors de leur entrée en EHPAD, les bénéficiaires des soins gériatriques dispensés par le médecin coordonnateur. Ainsi, les rôles de chacun se trouvent déplacés : du patient ayant le libre choix de son praticien, on passe au résident auquel le médecin coordonnateur s'impose, dans le sens où, même s'il n'est pas le médecin référent du résident, il a tout de même accès à son dossier médical à l'EHPAD et ce dès la demande d'admission. Par ailleurs, les établissements reconnus EHPAD, se doivent de publier la liste des médecins généralistes intervenant sur le même secteur géographique, afin que les résidents puissent tout de même choisir un médecin traitant différent du

⁴⁷ Décret relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

médecin coordonnateur : l'EHPAD Les Vignes diffuse cette liste par le biais du livret d'accueil, remis à chaque résident à son arrivée.

Comme dans de nombreux EHPAD, la signature de la convention tripartite réalisée en 2004 a accéléré la logique de moyens dédiés à la question du soin. Le médecin coordonnateur, figure historique de l'établissement, énonce clairement ce changement. Entre 2004 et 2011, les ETP d'infirmières ont très nettement évolué, passant de 1,5 ETP en 2004 à 5 ETP en 2011. De la même manière, les postes d'aide soignantes ont évolué de 25%⁴⁹. Cette logique de moyens a opéré une professionnalisation du dispositif de soins par des protocoles écrits visant à répondre au plus grand nombre de pathologies du grand âge repérées au sein de l'établissement. L'exercice d'écriture des protocoles est dévoué au médecin coordonnateur, leur organisation est du ressort des infirmières et leur mise en œuvre est dévolue aux aides soignantes.

Par exemple, le médecin coordonnateur définit le protocole relatif à l'hydratation des personnes âgées lors de la mise en place du Plan Bleu. Créé suite à la canicule de l'été 2003 et à la surmortalité qu'elle a induite pour les personnes âgées en particulier, le Plan Bleu stipule que « *les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les foyers logements sont tenus de disposer d'un plan bleu de gestion de crise sanitaire, décliné notamment sur la gestion du risque canicule. Le plan bleu fixe le mode général d'organisation de chaque institution, qu'elle soit publique, privée, associative ou commerciale, en cas de crise et de déclenchement du dispositif d'alerte par le préfet du département siège de l'établissement* »⁵⁰.

Les infirmières établissent, sur la base du protocole défini par le médecin coordonnateur, des fiches individualisées où doit être mentionné le nombre de fois dans la journée où la personne concernée doit boire et si elle peut boire seule ou pas. Les aide soignantes s'attachent au suivi de ces fiches techniques, à la fois en portant des boissons aux personnes concernées et en remplissant les fiches afin d'indiquer que le protocole a bien été respecté.

Autre cas, autre figure : un protocole d'isolement, toujours défini par le médecin coordonnateur, est en œuvre lors d'épidémies de gastro entérite. Les infirmières veillent

⁴⁸ Cf page 14 de la partie I.

⁴⁹ Données consultables dans les registres du personnel de l'établissement.

⁵⁰ Relevé dans le : 2008 - *GUIDE D'ELABORATION ET D'EVALUATION DU PLAN BLEU Tome 1 : Gestion d'une canicule en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et en Foyer Logement*, sur le site www.ile-de-france.santé.gouv.fr consulté le 12 juillet 2011.

au respect de ce protocole en rappelant les conditions drastiques d'hygiène auxquelles les aides soignantes s'astreignent : changement systématique de la literie, lavage de mains spécifique à ces périodes épidémiologiques et tri des vêtements des personnes malades afin qu'ils soient lavés et désinfectés à part de ceux des personnes saines.

Le cœur du projet de soins est un ensemble de protocoles qui dressent des réponses techniques et opératoires face aux pathologies. Il en est de même du dispositif de prescription médicale en direction des résidents : distribution journalière de traitements médicamenteux, gestion d'une pharmacie à usage interne⁵¹ (PUI). Le projet de soins concentre son action de manière stricto sensu à des réponses médicales et vise à la prévention et au traitement des corps. Cette manière de regarder les grands axes du projet de soins, sans lien direct avec un aspect social, peut tomber dans l'oubli de l'autre dimension de l'être humain : sa psyché, sa vie sociale et relationnelle, sa vie affective et son environnement familial.

Dans les institutions où prime le projet de soins, « *le projet de soins prime sur le projet de vie. Cette toute puissance de la raison du soin s'enracine dans la vie quotidienne par l'organisation d'un pouvoir bicéphale, médical et administratif, masquant difficilement la suprématie du médical. La vie quotidienne, centrée sur la satisfaction des besoins primaires, y est rythmée par la distribution des soins. L'animation elle-même se trouve souvent limitée à des activités socioculturelles à visée thérapeutique. Le vieillard est érigé en objet de soins et de sollicitude de la part du personnel soignant qualifié, souffrant fréquemment de ne pouvoir exercer sa technicité réduite à la dispensation de soins de nursing dévalorisés en milieu hospitalier. L'hygiène, l'ordre, la fonctionnalité constituent les déterminants d'une vie institutionnelle où l'entourage familial ne dispose pas d'une place reconnue* ». ⁵² Le risque est grand de retenir le modèle sanitaire ou hospitalier pour faire vivre le projet de soins, nonobstant de la dimension du lieu de vie, d'accompagnement social et de vision citoyenne pour les personnes âgées accueillies.

L'EHPAD Les Vignes a, malgré un développement continu de son offre de soins, maintenu l'appréciation de la dimension soignante comme un moyen dédié à la vie institutionnelle. Cependant, les symboles de l'expertise soignante sont clairement affichés comme dans la plupart des EHPAD. Les blouses blanches des infirmières et les tuniques unicolores des aides soignantes témoignent des symboles de l'organisation sanitaire au

⁵¹ Les EHPAD fonctionnent en tarif partiel (sans PUI) ou en tarif global (avec PUI) pour la section « soins », ce qui induit une forte variation du volume financier de la dotation globale.

sein de l'établissement. A cela, il faut ajouter les dispositifs dénommés « appels malades » avec leur mécanisme d'acquiescement qui sont similaires à ceux rencontrés dans les hôpitaux ou cliniques. Le cadre du projet de soin frappe par son aspect visuel au sein de l'institution. Il s'impose à l'établissement et lui confère en même temps sa légitimité de sécurité physique. Toutefois, le paradigme du projet de soin tel que je l'ai exposé précédemment, trouve ses limites dans sa construction médicale et scientifique. Voyons maintenant ce qu'il en est des zones frontières au soin où le résident se fait être de parole et sujet désirant.

2.1.3 Processus indicatifs du champ médico-social

Le champ médico social est confronté depuis 10 ans à une évolution législative réformatrice⁵³ qui vise à transformer les champs d'actions et d'interventions du secteur médico social. Ces changements portent sur la révision de textes réglementaires mais également sur la convergence progressive des dispositifs d'évaluation et de suivi destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. On parle de processus indicatif dès lors que l'on vise à mettre en place un ensemble de cohérence institutionnelle où l'on place la personne au centre du processus d'accompagnement social ou médico-social et que l'on vise à apporter des réponses adaptées à ses besoins et à ses projets. Le projet de soin est inscrit au cœur du champ médico social de l'EHPAD. Comme nous l'avons vu, il tient une place centrale au sein du projet d'établissement, mais son incontournable légitimité ne peut exister sans un ensemble de processus indicatifs.

Comment interpréter « être au cœur du dispositif » ?

Les personnes âgées dépendantes accueillies au sein de l'EHPAD bénéficient d'un espace de vie et d'un accompagnement personnalisés en correspondance avec leur problématique de dépendance. Par son projet d'établissement, l'EHPAD doit offrir de multiples prestations en lien avec le parcours de vie de la personne accueillie. Il s'agit pour cela de faire valoir un ensemble de prestations médico sociales de nature à répondre au plus près aux besoins des résidents.

Les poly pathologies rencontrées à l'EHPAD Les Vignes nécessitent une combinaison complexe du projet de soins et du projet de vie. Tout doit être mis en œuvre pour que

⁵² Alain Villez, *EHPAD, la crise des modèles*. Revue Gériatrie et Société, n° 123, Décembre 2007, p. 176.

⁵³ Cf partie 1.

l'approche soignante dispensée le soit sans interférer la place du résident comme acteur de l'institution, sans le réduire à l'état de patient.

Tout commence en amont du dispositif d'accueil, les dossiers de demande d'entrée sont étudiés par le médecin coordonateur et la psychologue qui émettent un premier avis sur la demande faite. Les demandes d'entrées sont centralisées dans le cadre d'un dispositif départemental qui rend compte de la vacance des places disponibles. Un dispositif informatique de gestion « Attentum »⁵⁴ gère l'ensemble des demandes et celles-ci sont étudiées selon différents critères. Nous pouvons en retenir quelques uns : l'urgence institutionnelle énoncée dans la demande, la priorité faite à la chronologie de la liste d'attente, le niveau de dépendance et de soins afin d'avoir la pleine capacité à y répondre. A la suite d'une première lecture d'un dossier retenu, les cadres techniques⁵⁵ vont à la rencontre de la personne et de sa famille pour confirmer la validité de la demande et organiser la phase d'accueil. Dans un second temps, la personne demandeuse est reçue au sein de l'établissement pour une visite des lieux et une présentation du projet et de l'organisation quotidienne.

Il s'agit de créer les conditions d'adaptation avec l'établissement pour que le futur résident soit considéré dans l'entière dimension de son histoire antérieure. Un récit de vie est à la suite mis à l'écrit et présenté lors de la réunion de transmission hebdomadaire. Il existe différents processus indicatifs mais je retiendrai deux méthodes de mise en œuvre avec des processus implicites à la vie institutionnelle et des processus conformes liés à l'application du cadre législatif.

Les processus implicites :

Il s'agit de l'ensemble des caractéristiques inhérentes de l'identité institutionnelle : ainsi, selon sa taille et sa criticité, l'établissement est en mesure d'offrir des prestations liées à sa propre histoire et sa localisation : l'EHPAD Les Vignes offre un cadre de détente très affirmé dans son patio externe qui permet une réelle activité de jardinage. Il en est de même pour une offre religieuse distincte de l'activité de l'établissement et qui a un poids certain au niveau de l'environnement culturel rural. Ces prestations sont liées d'une part à la configuration et l'architecture de l'institution et d'autre part à une culture professionnelle acquise au fil de l'histoire institutionnelle. Ainsi, cette culture a pris corps dans les

⁵⁴ Le logiciel Attentum est en place depuis 2009 au sein de l'établissement et son pilotage est assuré par le CLIC de l'Allier. Il est intéressant de signifier que l'ensemble du dispositif est financé par le conseil général de l'Allier.

⁵⁵ La convention collective de 1951 reconnaît le médecin coordonateur et la psychologue comme des cadres techniques.

prestations délivrées tout au long des années écoulées. Ces prestations sont une somme d'attentions et de « petits riens » qui confèrent aujourd'hui une valeur ajoutée repérée comme un processus indicatif implicite.

Les processus conformes :

Au delà des obligations de la loi du 02 janvier 2002⁵⁶ qui dispensent la mise en place d'outils institutionnels tels un livret explicatif de l'établissement intitulé livret d'accueil et une charte des droits et des usagers pour n'en citer que deux, il existe des préconisations et des recommandations qui font figure de référence médico sociale. Depuis 2007, l'ANESM⁵⁷ produit des recommandations en direction des établissements et services sociaux et médico sociaux. Ces recommandations tendent à délivrer des orientations de bonnes pratiques pour l'ensemble des professionnels. Abordant toutes les thématiques qui balayent les problématiques sociales et médico sociale, les recommandations présentées offrent une gamme de réflexions théoriques et techniques permettant d'induire une amélioration de l'offre des prestations institutionnelles.

La recommandation « *Qualité de vie en EHPAD (volet 1)- De l'accueil de la personne à son accompagnement* »⁵⁸ permet la mise en conformité d'une dimension longitudinale du parcours de vie en EHPAD. Cette approche réflexive et technique est sans aucun doute un point d'appui à l'élaboration du projet d'établissement et donc d'une approche de fonctionnement de la vie institutionnelle. Au sein de cette recommandation, est abordé l'ensemble des temps forts qui régissent le parcours d'une personne de la question d'une entrée en EHPAD à son accueil. Encore une fois, la préoccupation de la vie sociale, de l'adaptation à un nouvel environnement occupe largement la question des contours du soin. Elle ne la prolonge pas mais s'inscrit comme un complément incontournable.

En effet, peut-on penser la culture du soin en EHPAD sans se soucier des paramètres de changement d'environnement culturel et social qui opèrent pour les personnes âgées ? Peut-on également penser à la protection physique des personnes accueillies sans entrevoir leur stabilité psychique, au delà de celle liées aux pathologies du vieillissement ? Il faut également entrevoir un regard qui tend à prendre de nouvelles lignes de conduite pour présent. Les processus indicatifs du champ médico social, qu'ils soient implicites ou conformes, nous éclairent sur les fondations institutionnelles qui doivent garantir la place des personnes âgées au centre du dispositif institutionnel.

⁵⁶ Cf Partie 1.

⁵⁷ Agence Nationale pour l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico Sociaux.

Au fil de cette analyse, je suis désormais tenté de mettre en parallèle les contenus de prescriptions purement soignantes quant au regard porté sur une personne au sein de l'EHPAD et celles qui s'attachent à son environnement d'épanouissement social. Selon la même recommandation présentée ci-dessus, il est fait mention d'une étude à l'initiative de la Direction Générale de l'Action Sociale⁵⁹ sur les bonnes pratiques de soins en EHPAD. On lit très clairement la dichotomie entre un regard très soignant qui appelle à un lexique technique des bonnes attitudes et praxies de soins et l'approche sociale du cadre de l'EHPAD tel que nous l'avons abordé précédemment, qui est seulement effleuré dans cette étude.

J'ai qualifié ce chapitre « objet de soins » afin de comprendre les sédiments du soin en EHPAD et les différentes articulations qu'ils peuvent prendre. Cette approche semble incontournable pour appréhender une restructuration institutionnelle où une vision affirmée de l'acte de soin doit clairement être établie. Je vais maintenant aborder une autre facette de la dimension de soin qui s'appuie sur le champ de la clinique psychanalytique. Je souhaite emprunter ce champ théorique afin de renverser les postures de « savoir » sur autrui, rencontrées au fil de mon expérience au sein de l'EHPAD Les Vignes.

2.2 Clinique du grand âge par le soin relationnel

Le mot clinique recouvre l'idée d'être au plus près de... Au plus près des personnes que l'on accueille et qui franchissent le pas de l'établissement. La prudence est de mise lorsqu'on aborde le champ clinique dans une approche de cohérence institutionnelle mais le fait est que la parole et le champ du langage peuvent être le point central d'un cadre où la relation à autrui est au centre du dispositif de soins. Le soin relationnel est alors une alternative à des dispositifs de traitement classique. Le plan Alzheimer 2008-2012 définit dans son plan d'action l'amélioration des mesures alternatives aux traitements médicamenteux. Le soin relationnel s'avère participer à ces alternatives. L'approche psychanalytique et le soin relationnel sont liés au titre même de la parole qui est l'expression de la demande d'un désir et qui relie les individus entre eux.

⁵⁸ http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_ansm

⁵⁹ DGAS. Référentiel *Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Paris: SFGG, 2007, consulté sur le site www.travail-emploi-santé.gouv.fr le 13 juillet 2011.

Ma place de directeur me confère un regard privilégié sur les interactions entre les personnes âgées entre elles, les professionnels avec les personnes âgées et les professionnels entre eux. L'ensemble de ces échanges du quotidien inscrit la place de l'institution comme une communauté de vie où s'écrivent les histoires de parcours de vie. Et cela au-delà des aspects techniques de l'EHPAD et des missions qui lui sont imparties. L'EHPAD délivre un service d'encadrement médico-social constitué par une organisation d'hébergement et un ensemble de prestations d'accompagnement à la dépendance. La lecture que j'ai retenue de la vie institutionnelle, et dont j'ai validé la continuité au début de ma prise de poste, repose sur un cadre d'altérité avec et auprès des résidents dont j'ai la responsabilité. Cette notion d'altérité se conjugue dans la dimension de reconnaissance des personnes âgées comme sujets désirants. Elle est la base à la clinique institutionnelle. Pour François TOSQUELLES, psychiatre français, inventeur de la psychothérapie institutionnelle, la clinique institutionnelle se définit comme « *la dynamique d'attention aux signes du quotidien étendue au fonctionnement global de l'établissement de soin* »⁶⁰. Aussi, la référence psychanalytique, en tant qu'ensemble ouvert de propositions théorico – pratiques, peut favoriser le développement d'une structure d'attention qui soutient à son tour le processus de pensée entre les professionnels et les personnes âgées dépendantes. Je me permets une digression volontaire afin de souligner la place du champ clinique dans l'organisation de la pensée médico sociale aujourd'hui. Quelle place lui est encore dédiée ? Place qui privilégie l'analyse de la pratique et l'expérience d'accompagnement mais également la cause d'autrui et l'outil de parole comme figure de liens.

Cela veut dire que celle-ci est en perpétuel cheminement et construction. « *Je est un autre* » disait Arthur Rimbaud comme pour nous rappeler que l'altérité suppose la découverte de l'autre. C'est ce postulat que je vais développer maintenant en mettant en avant la structure relationnelle de l'établissement comme édifice de soins. Au préalable, je tiens à préciser que le cadre de mes influences cliniques repose sur mon parcours de directeur. Des images me reviennent, celles de l'éducateur spécialisé confronté à autrui. Enfants et adultes déficients intellectuels, jeunes des quartiers défavorisés, jeunes travailleurs, désœuvrés, jeunes placés au sein d'une structure de la protection de l'enfance... Tous un jour, je les ai rencontrés et j'ai cheminé avec eux dans un parcours d'accompagnement jamais linéaire, fait de proximité et d'opposition où le doute et la réflexion étaient mes meilleurs amis. Je précise cela parce les préconisations de bonnes pratiques sembleraient s'imposer aujourd'hui à l'ensemble du champ social et médico-social comme les modes d'emplois pour l'accueil des populations. Jean-François

GOMEZ⁶¹ dans son ouvrage *Le temps des rites*⁶² nous rappelle l'importance de l'acte clinique et l'acte éducatif en institution : « *l'acte éducatif, comme l'acte clinique sont bel et bien des rencontres singulières, toujours inattendues où le sujet se bute et s'affronte avec l'objet monde. Il y a dans l'acte un noyau d'incertitude et d'aléatoire qui s'accommode mal aux idées programmatiques qui tendent à se mettre en place aujourd'hui et qui veulent injecter de la morale et des tours de main avec une vue surplombante en toutes choses, à partir de procédures de régulation, qui précisément oublient le sujet. Dans cette conception du monde, l'aléatoire, ce qui échappe au discours de maîtrise est justement l'ennemi* ». Ne pas oublier le sujet, le résident, la personne âgée...Voilà ce dont il est question dans l'approche du soin relationnel. A travers mon propos, je veux délivrer une conception de pilotage institutionnel qui privilégie l'aspect du vivant face aux représentations mortifères du clos EHPAD. Le vivant que nous pourrions définir comme les modes d'actions échangés auprès des personnes âgées dépendantes. La vie qui rythme l'organisation par delà les manutentions, les déplacements, les soins corporels. L'EHPAD Les Vignes est une maison et ses habitants n'y attendent pas la mort. Le projet d'établissement l'a écrit en lettre d'or pour marquer l'humanité⁶³ comme une action, un acte.

2.2.1 Une clinique de l'acte

Acte, actum⁶⁴ permet de désigner le mouvement de déplacement engendré par la relation de parole dont professionnels et résidents sont les détenteurs. L'acte clinique qui nous intéresse est celui qui met en scène le sujet et les difficultés d'exprimer ses désirs. Or, trop de référentiels institutionnels préfabriqués pour des orientations de bonnes pratiques considèrent que les réponses à donner auprès des personnes âgées dépendantes sont des procédures visant à combler la demande. L'utilisateur au centre du dispositif bénéficiant alors d'un panel de « réponses marchandes » qui érige la prestation de soins comme l'intention miracle assouvissant le désir d'une demande. La singularité clinique nous emmène à comprendre une toute autre complexité de la relation éducative qui peut être délivrée au sein d'un EHPAD.

⁶⁰ http://aejcpp.free.fr/articles/tosquelles_histoire_psy.htm

⁶¹ Intervention de Jean François Gomez, Jeudi 23 mars 2006- CREA1 Pays de Loire.

⁶² Jean-François GOMEZ. *Le temps des rites, handicaps et handicapés*. 3^{ème} édition. Paris. Téraèdre. 2011, 177 pages.

⁶³ Gineste Yves et Marescotti Rosette. *Soins, corps, communication*. Les liens d'humanité ou l'art d'être ensemble jusqu'au bout de la vie. <http://perso.wanadoo.fr/cec-formation.net/philohumanite.html>. consulté le 25 juillet 2011.

⁶⁴ La chose faite.

Si l'on s'en tient aux outils de la loi du 02 janvier 2002 portant rénovation des institutions sociales et médico sociales, un projet individualisé doit être mis en place pour chaque résident au sein de l'EHPAD. Ce projet individualisé peut être un réel levier pour un accompagnement médical et psychologique de la personne âgée dépendante. Selon Louis PLOTON « *la prise en charge médicale et psychologique (mais aussi sociale) des personnes âgées n'a pas de raison d'être différente de celle de tout un chacun, si ce n'est qu'il est indispensable de prendre en compte, les handicaps physiques et de la polypathologie organique dont la fréquence croît avec l'âge* »⁶⁵.

La personne âgée dépendante, dans une clinique de l'acte, devra être considérée comme un sujet ayant place dans la pensée, la parole, le désir, le temps et la responsabilité. Au sein de l'EHPAD Les Vignes, c'est une clinique des actes qui se joue au quotidien. Chaque jour s'écrit une partition de temps de vie qui échappe à l'organisation programmatique de l'institution. Faire en sorte que l'établissement induise naturellement une large place aux populations qu'il accueille peut à première vue être entendu comme une forme tautologique. Cependant, l'évidence et la répétition de cette idée ne sont pas aussi limpides qu'on peut l'imaginer. Le cahier des charges d'un EHPAD qui se caractérise par un ensemble de contraintes tant architecturales, qu'organisationnelles et techniques, peut annihiler par la force de ces contraintes le sens premier d'une institution spécialisée, à savoir protéger, accompagner et promouvoir le bénéficiaire du dispositif institutionnel.

Mieux encore, l'EHPAD, dans son organisation fonctionnelle et bien souvent chronicisée impose un tempo social contraignant par une organisation rationalisée du temps. Les repères spatio-temporels sont des jalons rassurants face aux troubles cognitifs et mnésiques caractérisés dans le vieillissement pathologique. Cependant, le temps rationalisé dont nous directeurs, acceptons puis subissons et auquel parfois nous nous opposons, peut être générateur d'une violence symbolique institutionnelle : « *la gestion planifiée de la vie quotidienne demeure malgré tout un repère social. Ne pas s'y conformer sans posséder les capacités pour produire un temps domestique réellement alternatif conduit à l'errance mentale : visages hébétés, indifférence au cours des choses, pantalon plein de miettes des heures durant. Ces individus « hors du temps » ne perdent pas pour autant leur identité sociale, mais cet état extérieur détermine en partie l'attitude de l'entourage (employés, autres résidents, famille). A long terme, les glissements vers l'indifférence au temps qui passe se paient dans la plupart des cas par un éloignement*

⁶⁵ Louis Ploton. *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon, Chronique Sociale, 1990, p 244.

progressif des différents interlocuteurs disponibles en maison de retraite. Sans alternative d'ordre domestique, c'est la mort sociale qui sanctionne cette non conformité au temps officiel : mort qui dure tant que ne survient pas la mort biologique »⁶⁶. Si une vigilance n'est pas instaurée face à l'indifférence des êtres côtoyés dans la répétition au cœur de l'institution par les équipes pluridisciplinaire, même l'institution la plus conforme aux prescriptions normées du champ médico-social ne pourra tenir la faisabilité de son projet. Cette clinique de l'acte est la colonne vertébrale de l'EHPAD Les Vignes, elle cimenter les interrelations professionnelles par un questionnement analytique des pratiques professionnelles proposé par le médecin coordonateur. Le soin relationnel est un acte clinique au sens qu'il s'interroge sans cesse. C'est en substance la singularité du projet de soins des Vignes.

Conduire le changement sans dénaturer cette clinique de l'acte peut s'avérer délicat car les équilibres d'interventions des professionnels auprès des usagers se construisent en lieux et places d'espaces domestiqués, la structure Les Vignes ayant développé au fil du temps ces zones de rencontres et de transitions connus des équipes. Les agrégations organisées ou spontanées deviennent de précieuses informations quant à la manière pour l'équipe de soignants d'aller à la rencontre des usagers.

La clinique de l'acte par l'analyse des pratiques :

« *Comment vont les équipes ?* » Je me surprends à prononcer régulièrement cette question aux cadres techniques et responsables de pôle de l'EHPAD. Les facteurs de stress au travail et les turbulences d'accompagnement du grand âge alimentent les risques psycho sociaux. Une question de management, à savoir comment coordonner les équipes tout en la centrant dans une clinique de l'acte m'emmène à la posture suivante :

En direction des équipes de soins :

Il s'agit à la fois de contrer la souffrance des soignants par une réflexivité continue permettant de palier une image négative d'eux-mêmes, de devoir renoncer à l'idée de guérir pour se contenter de soulager, de faire face à la mort dans le processus naturel d'accompagnement des personnes âgées, d'identifier leur propre souffrance face à l'agonie des personnes pouvant être rencontrée au sein de l'EHPAD.

⁶⁶ Gérard Rimbart. *Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite*. Bellecombe-en-Bauges. Editions du Croquant. Collection Champ Social. 2011, p. 109.

En direction des personnes âgées dépendantes :

La fonction clinique permettra de lutter contre l'angoisse des personnes âgées et de leur vie en établissement : avec une analyse des raisons de tous ordres qui conduisent une personne âgée à entrer en établissement, les plus impérieuses, même si elles sont les plus discrètes, étant généralement d'ordre psychologique. Ce qui conduit à s'interroger sur l'adéquation des institutions gérontologiques à leur objet, dès lors que leur clientèle, au-delà de la recherche du gîte, du couvert, et des soins, a essentiellement besoin qu'on prenne en compte un sourd, mais profond, vécu d'abandon, ce qui signifie certes de savoir identifier l'angoisse derrière ses masques les plus subtils, mais aussi de se donner les moyens de la prendre en charge.

Cela sera déterminant :

- De la taille même des groupes unitaires de prise en charge
- Du cadre architectural proposé
- Du mode d'organisation des soins qui doivent permettre un étayage psychoaffectif permanent
- De la régulation même du fonctionnement institutionnel avec des procédures spécifiques d'organisation du cadre de vie et de gestion de choix.
-

Pour chacun ces points, j'aborderai ultérieurement l'impact des scénarios de changements afin que les perspectives de recomposition d'offre de services de l'EHPAD Les Vignes s'inscrivent pleinement dans une cohérence de cette réflexion.

2.2.2 De la prise en compte des usagers comme sujets désirants

Après avoir disséqué le sens de la clinique de l'acte, je vais rendre compte des actions pédagogiques qui permettent son expression au quotidien et qui promeuvent les personnes âgées dépendantes comme des sujets désirants. Insuffler cette dynamique pédagogique, c'est également animer les équipes pluridisciplinaires dans une organisation de rencontres privilégiant la mise à jour régulière des connaissances et des pratiques professionnelles mais également l'alimenter par un rapport au savoir qui privilégie la question du sens.

Converser est une source de plaisir infinie et le besoin de communiquer est exprimé par les psychologues qui font référence en la matière (Maslow 1943 ; Henderson 1960) comme l'un des besoins fondamentaux ressenti par tout être humain. L'architecture du fonctionnement institutionnel doit permettre une communication en continu, qui laisse part à une circulation d'actions et de responsabilités qui s'articulent les unes aux autres. Le but

étant de trouver une organisation, de constituer un système d'actions où toutes les parties sont interdépendantes.

Alimenter l'action institutionnelle :

Ne pas être dans le faire, ne pas mécaniser les approches d'accompagnement, ne pas traiter les corps... De nombreux risques de délitement professionnel sont apparents dans les modalités d'accompagnement des ressources humaines de l'EHPAD. Dès lors, il m'a semblé opportun de développer un cadre d'analyse des pratiques par une programmation de rencontres professionnelles. Ces propositions de travail s'inscrivent dans une démarche constructive qui vise à la mise en œuvre d'une organisation institutionnelle pluridisciplinaire empreinte de sens et d'éthique.

Les principaux libellés de ces rencontres sont les suivants :

- Réunion générale de transmission hebdomadaire : une réflexion avec l'équipe de cadre technique nous a permis de doter ce temps de travail d'un particularisme méthodologique. Une phrase du jour ou une assertion théorique vient introduire le cadre de cette réunion générale constituée par un représentant par pôle.
- Depuis Mars 2011, création d'une commission des écritures professionnelles qui vise à l'élaboration de thématiques de gérontologie et de leurs mises en œuvre par des carnets de bords informatifs qui sont régulièrement mis à jour. Ces carnets s'adressent au pôle d'agents d'hôtelier et d'aide soignantes : mots clés, phrases clés comme un aide mémoire permanent à la bonne distance relationnelle avec les personnes âgées dépendantes et comme des recommandations de bonnes pratiques professionnelles⁶⁷
- Depuis Mai 2011, création d'une commission éthique⁶⁸. Elle est constituée par la direction, l'équipe de cadres et à nouveau par un représentant de chaque pôle (désigné par les membres de leur équipe d'appartenance). Elle vise à appréhender l'ensemble des comportements individuels et collectifs qui semblent aller à l'encontre de la bienveillance au sein de l'établissement. Elle vise également à aborder les limites des pratiques professionnelles et les difficultés institutionnelles rencontrées par chaque professionnel afin d'y faire face.

Cinq thématiques sont abordées pour l'année 2011-2012 au sein de cette commission :

1- « **Les conditions d'une parole juste en direction des résidents** »

Il s'agit d'interroger la manière de s'adresser aux usagers que l'on côtoie chaque jour et par là même de construire une pratique identifiée qui bannit les familiarités, le tutoiement

⁶⁷ http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_ansm

⁶⁸ cf en annexe 1 le règlement de cette commission.

et tous autres écarts de verbiage portant atteinte à la dignité des personnes âgées dépendantes⁶⁹.

2- De temps en temps : « Temps du coucher - Temps du lever - Temps du midi »

Il s'agit de penser les moments clés du quotidien comme des enjeux fondamentaux d'accompagnement tant au niveau des attentions portés que dans la capacité à passer du technique à l'humain.

3- « Du traitement des corps »

Thématique qui qualifie les mécanismes d'obstruction créés par l'organisation de fonctionnement au détriment de la place laissée aux résidents.

4- « Règles d'hygiène et d'humanité »

Ce sujet veut aborder les mécanismes de répétition qui sont en jeu dans les moments de toilette et les dérives pouvant être produites par la recherche prosaïque (banale, ordinaire voire grossière) de gain de temps. Les dérives pouvant porter également sur des humiliations créées par des situations non contrôlées et sur les aspects de vêtue pouvant parfois porter atteinte à la dignité des personnes.

5- « Entraide – Solidarité - Communication »

Visé à appréhender et améliorer l'ensemble des interactions au sein des équipes pluridisciplinaires.

J'ai donc fait le choix de vouloir rendre attractive la programmation des réunions professionnelles afin que chaque professionnel puisse être alimenté d'une compréhension générale et particulière de l'établissement. J'opte par un mode de management qui permet de faire émerger l'appropriation de savoirs institutionnels et l'intégration des bonnes pratiques professionnelles dans la culture et l'identité de l'EHPAD Les Vignes. Il s'agit de délivrer un message fort de directives institutionnelles. Un message empreint d'envie pour une amélioration continue les postures professionnelles de chacun. Il s'agit également de « bien traiter » les équipes pour qu'elles donnent le meilleur, leur permettre de mettre du sens à leurs pratiques pour que les modes de communication formels et informels deviennent des points d'appui de leur quotidien d'accompagnement. Mettre en exergue la place des personnes âgées dépendantes comme des sujets acteurs et désirants passe inévitablement par une architecture d'accompagnement des équipes pluridisciplinaires.

⁶⁹ Cette thématique a été l'objet d'un groupe de travail qui a élaboré un code des bonnes attitudes à adopter, sous forme de pictogrammes. Cf annexe 2.

2.2.3 Le dispositif « Opiclown »

Une clinique de l'acte telle que nous l'avons abordée tout au long de ce chapitre s'entend dans le passage d'une maîtrise des praxies d'accompagnements à une fine écoute des personnes âgées dépendantes afin de faire évoluer l'acte de soin en un processus multidimensionnel qui tient compte de l'adaptation des soins techniques aux désirs et paroles exprimés par les personnes âgées dépendantes. Cette tenue de principes cliniques se doit d'être étayée comme nous venons de le voir par de nombreux temps d'analyses de pratiques.

L'acte clinique avec, pour point central, la dimension de rencontre, peut s'articuler dans le cadre de prestations novatrices et devenir un outil précieux au service du projet. L'EHPAD Les Vignes est le terrain depuis 2009 d'une expérimentation de soins relationnels avec l'association Opiclown afin de développer une démarche innovante dans l'accompagnement auprès de personnes âgées dépendantes développant la maladie d'Alzheimer et autres démences associées.

Le clown relationnel est une démarche d'art thérapie qui vise à prévenir, à accueillir et à accompagner les souffrances psychiques des personnes hospitalisées ou résidant en institution de soins, avec ce que le clown relationnel génère de joie, de plaisirs, de communication verbale et non verbale, vivante et vivifiante. C'est donc une démarche de la relation et des soins relationnels, par la voie des clowns, tous des professionnels soignants ayant une forte expérience auprès des personnes âgées dépendantes. Cette expérience est une réelle illustration d'une clinique de l'acte en EHPAD. La présence des clowns relationnels au sein de notre établissement a un impact direct sur l'ensemble des populations accueillies à la fois par leur présence régulière (une journée par mois) et les temps de vie partagés mais également sur la transmission auprès des équipes de professionnels de techniques d'accompagnement individualisées : développer des capacités « d'être en relation » avec les personnes en souffrance psychique par l'apprentissage d'une présence contenante, d'une présence étayante, paisible et apaisante, par une écoute sans faille, inconditionnelle et respectueuse.

Ce partenariat associatif se décline par le biais de la formation car la démarche « Clown relationnel » qui s'origine en Belgique⁷⁰, s'est depuis peu développée au sein de la région

⁷⁰ Son créateur, Christian Moffarts est un psycho thérapeute, installé à Liège.

Auvergne par la constitution d'un réseau d'établissements EHPAD souhaitant mettre au cœur de leur projet la démarche de soins relationnels.

L'association Opiclown, déclare dans ses objectifs d'action de formation:

- Des ateliers « découverte du Clown relationnel » en direction des équipes professionnelles
- Des ateliers de « gestion du stress »
- La formation de base Clown relationnel avec accompagnement de la pratique des clowns relationnels nouvellement formés.

Depuis fin 2010, la convention de partenariat qui lie l'EHPAD Les Vignes et l'association Opiclown est reconnue par les autorités de tarification au titre de la section soins et une formation longue de trois ans est engagée pour une infirmière et une aide soignante de nuit. De plus, j'ai la volonté que la formation de base correspondant à une semaine de stage soit mise en œuvre pour l'ensemble des salariés, y compris ceux n'intervenant pas directement auprès des personnes âgées dépendantes. L'ARS Auvergne a récemment confirmé son engagement pour que cette intention devienne une réalisation.

Deux objectifs principaux sont visés et recourent la politique managériale que je tends à développer :

- « Prendre soin de soi » est une exigence éthique pour prendre soin de personnes psychologiquement très dépendantes et par là même prévenir le burn-out⁷¹ des soignants et les maltraitances relationnelles.
- Développer une politique de prévention pour favoriser des interactions positives entre le bien être des soignants et le bien être des personnes âgées dépendantes. De plus, il s'agit particulièrement de mettre au travail les conséquences des souffrances liées aux troubles des personnes âgées développant la maladie d'Alzheimer.

⁷¹ www.psy.be: Phénomène des temps modernes, le burn-out est un état profond d'épuisement dans lequel se retrouve un travailleur qui a, lentement mais sûrement, brûlé toute son énergie. Le terme « Burn out » a été employé pour la première fois en 1974 par Freudenberger afin de décrire un état de fatigue généralisée chez les professionnels de la santé mentale en milieu de travail. Consulté le 13 juillet 2011.

2.3 Diversifier, oxygéner, redistribuer : des leviers à la mutation institutionnelle

Une institution, porteuse de savoirs et de nombreuses ressources, doit véhiculer son identité en dehors de ses murs. Comme nous l'avons vu, une démarche continue de suivi des pratiques est nécessaire afin de se parer contre les phénomènes de lassitude et les temps institutionnels sclérosés. Un pan important du projet institutionnel concerne le projet de vie et ses orientations. Au sein de l'EHPAD Les Vignes, ce dernier se compose du temps consacré à l'accueil, des découpages et temps forts de la vie quotidienne, des prestations d'animation, du projet individualisé, du travail avec les familles et de l'ouverture sur l'extérieur.

L'expression de ce mouvement continu est un signe de vitalité pour une institution à condition qu'elle s'inscrive dans une logique de sens qui respecte d'une part les conditions d'épanouissement des personnes âgées dépendantes au sein de la structure et d'autre part, un processus de dynamique de projet qui favorise la place de l'institution et de ses usagers au sein d'un territoire communautaire. Ces deux derniers points méritent d'être plus finement analysés :

La logique de sens ou le processus de construction de sens :

Cette logique émerge par le contenu et la pertinence des missions mises en œuvre au sein du projet d'établissement et clarifiées par le directeur. Ce dernier se doit d'explicitier le sens des actions et des projets et les articuler de manière harmonieuse. Les professionnels reçoivent cette parole et apprennent à en construire naturellement le sens. *« Pour les acteurs, tout événement a un sens. La construction de sens est le processus par lequel un individu comprend cet événement. Le sens est assimilable à l'ensemble des principes explicatifs des événements retenus, observés, mémorisés par un acteur »*⁷². La production d'une parole juste est alors essentielle pour développer une cohérence et une transversalité des actions.

La dynamique de projet :

Le premier projet d'établissement de l'EHPAD Les Vignes a été écrit sur une période de quatre années entre 1991 et 1995. Ce document référence et obligatoire⁷³ est la colonne

⁷² Michel Foudriat. *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico sociaux*. Rennes, Editions Presses de l'EHESP, Collection Politiques et Interventions Sociales, 2011, p. 135.

⁷³ La rédaction d'un projet d'établissement est une obligation légale depuis la loi 2002-2 qui exige que "tout établissement ESMS définisse ses orientations dans un projet d'établissement, pour une durée maximale de 5 ans".

vertébrale du fonctionnement institutionnel et les principes de fonctionnement retenus sérient les champs d'interventions entre approche de soins et cadre médico social. Ce projet d'établissement est en perpétuelle évolution car les changements législatifs et l'organisation des pratiques cheminent au même titre que l'évolution du cadre organisationnel. Cette tectonique nécessite une réactivité et adaptation constantes par une dynamique de projet. Au sein de l'EHPAD Les Vignes, divers concepts structurants peuvent être mis en évidence comme autant d'éléments de stabilité et de principes de projection organisationnels qui permettront d'engager une dynamique de changement.

2.3.1 De la proximité à la fabrique de lien social

L'EHPAD Les Vignes est inscrit dans un fort maillage local qui favorise la continuité du lien communautaire jusque dans les murs de l'institution. Cette dense proximité s'origine dans l'environnement à dimension rurale où les solidarités semblent plus fortes que dans les zones urbaines ou péri urbaines. La commune de Dompierre-sur-Besbre représente 3300 habitants au dernier recensement⁷⁴, soit 28% de la population de la communauté de communes du Val de Besbre. La tendance démographique, comme nous l'avons vu précédemment, fait état d'une diminution du nombre de naissances et de l'allongement de la durée de vie, entraînant ainsi un vieillissement de la population. Pour la localité, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 29%⁷⁵ de la population et celles âgées de moins de 20 ans 21%⁷⁶; ceci est une indication importante quant au regard porté sur la condition de vie des personnes âgées dépendantes accueillies au sein de l'EHPAD Les Vignes.

L'EHPAD, encore couramment dénommé la maison de retraite, polarise l'intérêt des habitants de Dompierre-sur-Besbre et les nombreuses manifestations locales intègrent dans leur programme des animations consacrées aux résidents. Ce lien ténu court également pour la moitié des salariés de l'EHPAD Les Vignes qui sont originaires de Dompierre et de ses environs. Ce particularisme se traduit alors par une forte connaissance du profil des usagers voire de leur histoire quand ce n'est pas un lien de parenté affirmé.

Quels sont alors les risques et quels avantages peuvent exister pour l'EHPAD Les Vignes de se voir assimilé si fortement au lien communautaire ? Dans son ouvrage *Fractures Françaises* l'auteur, Christophe GUILLUY, évoque la figure de « *l'autochtone* » pour

⁷⁴ Données INSEE 2010, consultées sur le site www.insee.fr le 19 juin 2011.

⁷⁵ Ibid

désigner celui qui reste profondément attaché à son lieu de naissance : « *si l'évocation de son existence pose problème en France, il faut noter que les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord utilisent ce terme sans difficulté. En effet, il ne s'agit pas d'évoquer les descendants de la « France blanche » mais de comprendre la relation entre « ceux qui sont nés là » et « ceux qui arrivent là »*⁷⁷. De ma place de directeur, rôdé à l'exercice de l'observation, j'ai pu identifier les bribes d'un inconscient collectif institutionnel, façonné par une dialectique du même et de l'autre. Aussi, si je devais traduire certains risques à ce phénomène de lien viscéral, je mettrais en exergue certains groupes de pairs qui influent au sein de l'EHPAD Les Vignes. Ces derniers, constitués par familles, se déclinent par des rapprochements d'appartenance tels l'ancienneté, la reconnaissance auprès des usagers ou bien encore l'appartenance à la localité de Dompierre-sur-Besbre. Dès lors, je suis parfois confronté à des déséquilibres de fonctionnement qui tiennent part des zones d'influence de ces groupes sur la vie institutionnelle.

Nonobstant cette vigilance, le projet d'animation de l'EHPAD Les Vignes est largement facilité par la teneur du lien social entre la localité de Dompierre et l'EHPAD. Des activités qui émanent de la culture rurale sont régulièrement proposées et nombreux sont les moments où les usagers et leurs proches extérieurs se rassemblent pour des productions communes tels la pluche de légumes, les après-midi de jeux de société (la belote étant un jeu de carte particulièrement prisé) ou bien encore les après-midi loto ou dansantes (bal musette). Cette configuration du lien social s'avère possible grâce à une institution de taille familiale dont l'échelle, proportionnelle à celle du bourg, facilite les échanges avec l'extérieur selon un double mouvement : les résidents et les salariés sont impliqués dans la vie de la commune et les personnes extérieures n'appréhendent pas de venir à l'EHPAD, rendre visite, partager un café, malgré le poids de l'institution médico-sociale que représente ce type d'établissement. Pourtant, paradoxalement, ces mouvements génèrent, du fait de la proximité de tous les acteurs (résidents, salariés, familles, habitants du village...) une forme de repli sur soi qu'il convient de mettre au travail afin de permettre l'évolution de l'institution.

2.3.2 Organiser le mouvement

Afin de juguler cette tentation du « repli sur soi », de « l'entre soi », la structure doit s'inscrire dans un dynamique d'ouverture, en dehors des « autochtones ». Cette

⁷⁶ Données INSEE 2010, consultées sur le site www.insee.fr le 19 juin 2011.

dynamique doit s'opérer prioritairement en direction des équipes pluridisciplinaires pour réorganiser leur perception de l'institution, intégrer les évolutions de leurs missions et les exigences attendues. Cette démarche vise à limiter les effets de la routine : attitude sclérosée, mécanisation des gestes, burn-out. Poussé à l'extrême, je dirais que les effets de la routine et du repli peuvent faire encourir un risque d'eutrophisation à l'établissement qui en est victime. Les personnes, salariés comme résidents, tentent alors de « *retenir cette partie de l'esprit de famille prête à s'échapper* »⁷⁸, mais ce processus endogame mortifère rend les acteurs prisonniers du système.

Pour en sortir, pour inverser le processus et revenir au soin relationnel de qualité tel que visé au sein de l'EHPAD Les Vignes, il convient de parvenir à une ouverture exogame, puisque « *enfermer appelle libérer* »⁷⁹. L'EHPAD Les Vignes, confronté comme tous les EHPAD, à la question d'une identité floue, ainsi que je l'ai expliqué dans ma première partie, doit donc « *pour s'ouvrir à un avenir, pousser les murs et ouvrir les portes* »⁸⁰. Le mouvement d'organisation institutionnelle s'articule également dans sa capacité à réguler sa chronologie de fonctionnement et l'ensemble de ses processus d'action. De quels mouvements possibles de désorganisation institutionnelle l'EHPAD Les Vignes doit-il se prémunir afin de rendre pérennes les équilibres et assurer sa longévité dans le panorama des ESMS⁸¹ ?

Cette question invite à se rassembler autour du projet institutionnel, à le mettre « sens dessus dessous » pour clarifier sans cesse son identité. C'est bien la perte de la référence au projet, aux cadres de missions par une absence de mobilisation aux pratiques professionnelles qu'encourt en permanence l'institution. La circulation des hommes et des femmes professionnels au sein de l'établissement, la circulation de la parole, des connaissances professionnelles, des actions de formation, des événements de rassemblement sont autant d'actions en mouvement que l'EHPAD Les Vignes doit, si ce n'est produire, au moins susciter dans l'expression de sa culture et de ses missions. L'ouverture de l'établissement sur sa localité, son bassin de vie et d'emploi par la compréhension de l'étendue de la vie sociale est un facteur incontournable à la dynamique de projet et à son renouvellement en continu.

⁷⁷ Guilluy Christophe. *Fractures Françaises*, Paris, Ed. François Bourin Editeur, Collection Politique, 2010, P 150.

⁷⁸ MAUSS M., cité dans l'article « cannibalisme ». BONTE P. et IZARD M. *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : PUF, 1991.

⁷⁹ Collectif d'auteurs. *L'enfermement. Actes du colloque franco-néerlandais de novembre 1981*. Lille : Presses Universitaires de Lille, consulté sur le site www.books.google.fr le 22 août 2011.

⁸⁰ Sous la direction de BATIFOULIER F. et TOUYA N. *Refonder les internats spécialisés. Pratiques innovantes en protection de l'enfance*. Paris : Dunod, 2008. Introduction, p. 1.

Enfin, en dernier lieu, le mouvement de l'institution repose sur sa capacité à faire face au changement et aux mutations du secteur médico-social. L'EHPAD Les Vignes, dans son histoire de transformation et particulièrement dans la manière de s'être mué en établissement spécialisé, a traversé des crises qui ont ébranlé son identité fondatrice. Ces étapes participent du processus de mouvement, c'est-à-dire d'un cheminement continu qui rend l'institution vivante, créatrice et porteuse de la culture de son histoire, cette dernière devant être défrichée pour alimenter le sens de l'action.

Abordons maintenant l'EHPAD Les Vignes dans sa liaison avec le territoire, ses trajectoires d'ouverture possible et la nature de la place qui lui est conférée.

2.3.3 La place dans un territoire rural et l'implication des acteurs institutionnels

*« Un territoire n'est pas seulement un lopin de terre, un élément de la géographie, il doit se définir avant tout comme un système complexe de relations humaines, sociales, culturelles et professionnelles »*⁸² Cette compréhension du dehors et des enjeux socio économiques de l'environnement territorial sont de précieux indices quant aux possibilités de tisser des partenariats allant dans le sens de la liaison sociale.

L'EHPAD Les Vignes, de par l'accueil des personnes âgées dépendantes du Val de Besbre, génère une concentration de populations différentes et proches à la fois. Il est le lieu qui représente le plus fidèlement possible un large panel d'anciens villageois issus de la culture rurale des bourgs alentours ou d'exploitations agricoles périphériques. Toutefois, L'EHPAD Les Vignes traite l'histoire culturelle de chaque personne dans une dynamique du même qui renvoie la question de la catégorie identitaire à celle de l'exclusive ruralité.

Cet écueil a tendance à fragmenter le regard porté sur le territoire et à distancier les caractéristiques, forces et richesses de ce dont il est réellement constitué. L'inertie institutionnelle est une absence de mouvement due à son caractère hermétique et aux représentations qui l'incarnent. On peut alors facilement imaginer qu'une institution qui n'admet pas l'existence de son environnement est, de facto, condamnée à la fermeture. Fermeture sur soi, fermeture de son projet et, à terme, doute sur sa capacité à perdurer.

⁸¹ Etablissements Sociaux et Médico Sociaux

⁸² Sous la direction de EYNARD C., PIOU O. et VILLEZ A. *Conduire le changement en gérontologie. Principes, méthodes et cas pratiques*. Paris : Edition Dunod, 2009. P 49.

Ainsi, les perspectives de dynamisation institutionnelle dans leur dimension exogène, doivent s'appuyer sur les forces vives d'un territoire. Qu'il s'agisse de la vie associative ou des acteurs de développement locaux, des liens avec les municipalités, des relations inter communales par le biais des communautés de communes voire même des œuvres de préservation du patrimoine, l'EHPAD doit s'intégrer dans la chaîne de ces forces vives. La nécessaire construction de ce maillage est déterminante en vue de mieux comprendre les problématiques de vie sociale rencontrées par les familles et les proches des usagers et les salariés de l'institution, mais également de concentrer au-delà des missions d'accueil et d'accompagnement un intérêt pour la collectivité d'appartenance.

S'ouvrir au-devant des interactions de la vie socio-économique d'un territoire, c'est la possible garantie de reconnaissance pour un équipement médico-social tel l'EHPAD Les Vignes et cela dans un double mouvement :

- Assurer la meilleure couverture de nos missions sur le bassin d'implantation
- Etre reconnu comme un opérateur qualifié et par là même assurer une expertise sur la question relative à la mise en place d'un nouvel équipement⁸³

Cette seconde partie m'a permis d'une part, d'affirmer certaines convictions quant à la manière de dissocier les pratiques de soins et leur objet au sein d'une institution EHPAD et, d'autre part, d'appréhender la dimension clinique qui veille à la place du sujet résident et aux réelles attentions qui lui sont portées. De plus, j'ai pu développer, outre une expérience probante de soins relationnels, des perspectives d'action et d'ouverture sur l'environnement qui induisent la possibilité de son évolution.

Au fait maintenant d'un ensemble d'éléments de dynamisation institutionnelle (concepts d'action centrés sur la proximité, la circulation et l'occupation d'un territoire) qui nous permettront la mise en œuvre d'une projection concrète, je vais maintenant aborder des processus de changement où l'institution peut s'étirer et jouer sa partition en démultipliant ses murs.

⁸³ Ce cas de figure sera exposé en troisième partie. Il s'agit d'une sollicitation faite par la communauté de communes du Val de Besbre pour la gestion d'un nouveau dispositif d'accueil temporaire dans une commune avoisinante de Dompierre-sur-Besbre.

3 Recomposer l'offre des services d'un EHPAD en privilégiant des unités de vie intégrées au territoire rural

« *L'EHPAD Les Vignes, au carrefour de son histoire, doit s'adapter ou il disparaîtra de la photographie institutionnelle de l'association* ». C'est en substance les propos tenus par le président du conseil d'administration de l'AGEPAPH lors de la dernière assemblée générale⁸⁴. Cette recomposition d'offre des services de l'EHPAD Les Vignes, telle que je vais vous la présenter, porte sur une modification des modalités de mises en œuvre du projet de réhabilitation et d'extension initial tout en conservant les grands ensembles de création de lits et de services supplémentaires validés par le CROSMS en mars 2010.

Anatomie d'un projet à bout de souffle :

Depuis 2004 et la réforme de la tarification au sein de l'EHPAD Les Vignes, la transformation du foyer logement en EHPAD a modifié la recevabilité de l'établissement face aux obligations de sécurité des établissements classés en ERP. Le passage du type U⁸⁵ au type J⁸⁶, a mis en exergue l'impérieuse nécessité de travaux de mises aux normes de sécurité. C'est le point de départ des perspectives de transformation. La même année, le schéma départemental de gérontologie prescrivait l'augmentation des besoins de places sur le territoire de Dompierre-sur-Besbre. De 2004 à 2009, se sont amorcées les perspectives de restructuration.

Je vais donc effectuer un rappel chronologique du projet d'extension et de réhabilitation d'octobre 2009 à Juillet 2011 :

- Octobre 2009 : Dépôt en CROSMS de la procédure simplifiée pour une demande d'extension de capacité

⁸⁴ Assemblée générale du 15 septembre 2010

⁸⁵ Antérieurement à la publication du nouveau règlement de sécurité type J, les maisons de retraite et les établissements classés en ERP étaient soumis à des règles de sécurité incendie hospitalières de type U (arrêté du 23 mai 1989 modifié par l'arrêté du 19 novembre 2001 (publié au JO n°31 du 6 février 2002). Réglementation ERP : avant la parution du Type J, certains établissements ont été classés en établissement recevant du public de type U (établissements de soins) selon les arrêtés du 25 juin 1980 (dispositions générales) et du 23 mai 1989 (dispositions particulières du type U). Cette réglementation relève de la compétence du ministère de l'intérieur.

⁸⁶ Depuis le 7 avril 2002, ils sont soumis au règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, pris par arrêté du 25 juin 1980, ainsi qu'aux dispositions de l'arrêté du 19 novembre 2001 (type J).

- Juin 2010 : Détermination de la maîtrise d'ouvrage à l'issue de cinq comités de pilotage (l'opération est confiée à la SCIC⁸⁷ Habitat Auvergne). Les salariés expriment leur désaccord quant au choix de projet retenu.
- Juillet 2010 : Choix de la maîtrise d'œuvre
- Aout 2010 : Présentation globale du projet de restructuration avec une programmation de travaux par tranches étalonnées sur trois années. Elaboration d'une convention d'engagement entre la maîtrise d'œuvre et l'association gestionnaire qui fixe les engagements financiers et fixe un prévisionnel de redevances couvrant la durée des emprunts.
- Septembre 2010 : Désaccord de l'association vis-à-vis de la convention d'engagement financière, soumise pour avis aux autorités de tarification, ces dernières appelant à la prudence vis-à-vis des tableaux prévisionnels de redevances jugées non recevables en termes d'équilibre budgétaire.
- Décembre 2010 : Maintien de l'avis défavorable de la commission de sécurité
- De septembre 2010 à avril 2011 : Proposition de lissage des tableaux de redevances qui n'aboutissent pas aux attendus associatifs.
- Mai et Juin 2011 : Bureau associatif et conseil d'administration qui se positionnent pour le rachat du bâtiment et la mise en œuvre d'un nouveau projet
- Juillet 2011 : Accord de rachat trouvé avec la SCIC Habitat Auvergne.

L'histoire chaotique de ce parcours de restructuration, non abouti après presque deux années de travail, a semé le doute et des inquiétudes pour l'ensemble des acteurs. De nombreux échanges avec le bureau associatif, les IRP⁸⁸, la mairie de Dompierre-sur-Besbre et les techniciens des autorités de tarification m'ont permis de prendre la mesure d'une dynamique de projet qui se doit d'être fédératrice.

Après avoir délimité les figures du projet de l'EHPAD Les Vignes qui singularise le vecteur relationnel comme un temps de soins et d'appartenance institutionnelle, je vais rendre compte des hypothèses retenues pour mettre en œuvre la restructuration de l'établissement et pour accompagner le changement. Je développerai une réflexion managériale en plusieurs étapes qui me conduira à intégrer d'une part un nouveau dispositif d'unités distinctes dans une logique de territoire rural et, d'autre part, d'établir un plan d'action qui fixe les enjeux de la redistribution des emplois et des compétences liés à cette réorganisation stratégique. Au préalable, je rendrai compte des différentes étapes de pilotage participatif avec les acteurs locaux, les représentants du personnel, les

⁸⁷ Société Coopérative d'Intérêt Collectif

⁸⁸ Instances Représentatives du Personnel.

autorités de tarification et l'association gestionnaire qui ont permis la structuration et la maturité d'un tel projet.

Dans un second temps, je présenterai les nouveaux dispositifs séquentiels d'accueil et d'hébergement intégrés à ces unités distinctes. Enfin, il s'agira pour moi d'apprécier l'ensemble de cette mutation institutionnelle par l'élaboration d'indicateurs permettant le développement d'une démarche d'amélioration et de progrès.

3.1 Créer une offre architecturale susceptible de maintenir l'EHPAD en maisons de vie et de soins

Les vicissitudes de la mise en œuvre de la procédure d'extension de capacité ont largement affaibli et distendu les relations entretenues avec le bailleur propriétaire de l'EHPAD Les Vignes, la SCIC Habitat Auvergne. Le rachat du bâtiment est devenu incontournable. L'ancien projet, qualifié « *d'irraisonnable* » par l'ARS se doit de changer de cap. « *C'est un projet à défaut* » martèlent les délégués du comité d'entreprise ; « *notre parole n'a pas été prise en compte* ». Ce sont peu ou prou les propos relatés au début de l'année 2010 par un collège de représentants des salariés de l'EHPAD Les Vignes lors d'une rencontre en mairie qui entériné le choix de la maîtrise d'ouvrage.

Ce bref retour en arrière permet de mieux comprendre pourquoi et comment j'ai dû re contextualiser la mission d'accompagnement au changement passée par le conseil d'administration lors de ma prise de poste de directeur en août 2010. Après avoir consulté l'ensemble des acteurs et partenaires du projet de réhabilitation et d'extension devenu caduque (de septembre 2010 à juin 2011), j'ai acté d'une analyse stratégique dans un système d'action concret⁸⁹ qui détermine la réhabilitation de l'établissement et les modalités retenues pour son extension.

J'ai donc fait le choix de construire une démarche de projet autour de l'histoire institutionnelle passée et récente afin d'articuler les besoins sur le territoire, les contraintes de gestion et les caractéristiques du soin dispensé à l'EHPAD Les Vignes. Comme je l'ai évoqué précédemment, l'importance d'unifier une dynamique de proximité se révèle pertinente dans la gestion des ressources humaines et dans l'approche qualitative des prestations délivrées. Le projet ainsi déroulé prendra en compte une

analyse stratégique et systémique qui me permettra un cadre organisationnel et programmatique adapté à la transformation de l'EHPAD Les Vignes.

Eléments constitutifs à un choix d'unités de vie éclatées comme nouveau modèle institutionnel :

- L'incompressible point mort ou seuil de rentabilité édicté par les autorités de tarification et qui correspond au point d'équilibre budgétaire dans les programmations prévisionnelles d'un EHPAD. Compte tenu de l'architecture d'un projet de soin et de vie qui fonde son identité dans une clinique de l'acte et un dispositif de proximité, le fait de penser l'agrandissement sur une perspective de monobloc institutionnel ne s'avérerait pas approprié⁹⁰.
- Une implantation « dédoublée » sur la commune de Dompierre-sur-Besbre favorise la dynamique d'ouverture et évite un rapport concentrique de la place de l'EHPAD Les Vignes sur la commune. La volonté de mettre en projet deux entités d'hébergement s'origine d'une volonté d'ouverture, de circulation et d'adaptation des locaux de l'EHPAD Les Vignes avec une petite unité spécifiquement dédiée à une population de publics moins dépendants.

Deux cabinets d'études et de programmations et un maître d'œuvre ont été retenus par l'association avec un cahier des charges stipulant une cohérence de projet vis-à-vis des orientations ayant reçu un avis favorable lors du dernier CROSMS. La commande porte sur l'existant restructuré à 64 places, en lieu et place de 62 aujourd'hui, et une construction neuve de 19 places pour atteindre une offre globale de 83 places.

3.1.1 Les grands axes du projet

A Restructuration du site existant avec une transformation de 62 places à 64 places :

Les mises en conformité sécurité, incendie et accessibilité aux personnes handicapées nécessitent un réaménagement des espaces afin d'adapter les locaux aux normes en vigueur. Une réfection des espaces privatifs est envisagée avec la suppression des espaces kitchenettes. Les salles de bain seront entièrement rénovées ainsi que les revêtements muraux de l'ensemble des chambres.

⁸⁹ FOUURIAT Michel. *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Rennes, Editions Presse de l'EHESP, p. 83.

⁹⁰ Il s'agit clairement de renoncer au premier projet architectural proposé par le maître d'ouvrage SCIC Habitat et joint dans le dossier CROSMS en 2009.

Ma volonté de préserver une taille institutionnelle proche de l'existant se fonde sur une exigence du maintien des relations préservant la reconnaissance de chaque résident comme habitant de l'institution. Il s'agit d'une échelle de proximité conférant au bâtiment son identité de maison et ses carrefours de circulation. « *Que faire alors pour que les établissements ne soient plus dans une bulle stérile, objets fonctionnels coupés de leurs racines et de leur signification symbolique dans la ville ou le village ?* »⁹¹ Maintenir le positionnement de l'institution dans son environnement, c'est comprendre que le bâtiment actuel situé en cœur de bourg, a une réelle fonction sociale. J'ai également demandé de pouvoir repenser les espaces collectifs. C'est ainsi que les salariés de l'établissement ont émis le souhait de voir, au centre du bâtiment, un lieu de rencontre dénommé « place du village » où se nouent et s'opèrent les rencontres et les solidarités entre les résidents et les professionnels.

La grande disparité des populations accueillies au sein de l'EHPAD Les Vignes m'emmène également à questionner les phénomènes de cohabitation entre des publics susceptibles de se repérer au sein d'une structure de 64 places et ceux dont les besoins se concentrent sur l'adaptation à un environnement qui permet de lutter contre les phénomènes d'anxiété. L'EHPAD Les Vignes a longtemps considéré la question d'un aménagement spécifique pour les populations Alzheimer et souffrant de troubles associés dans une approche de non séparation avec l'ensemble du collectif. Les arguments énoncés par l'équipe de cadres techniques et l'ancienne direction stipulaient que les barrières invisibles et de coupure étaient de nature à favoriser une ségrégation inconsciente de ces personnes.

La réflexion, portée par un débat continu au sein de l'établissement, a le mérite d'étayer un certain nombre de pratiques d'accompagnement auprès des personnes âgées dites « démentes » et de multiplier les attentions portées auprès de ces publics. Toutefois, la noblesse réflexive semble se marier difficilement avec les difficultés de cohabitation entre les personnes âgées cognitivement saines et les autres personnes développant de grands troubles mnésiques et moteurs. A cela, ajoutons la direction prise par les politiques publiques ces dernières années en direction des personnes âgées dépendantes préconisant l'adaptation d'espaces et de dispositifs spécifiques au sein des EHPAD. Le modèle PASA⁹² est celui que je souhaite retenir et mettre en œuvre sur la structure centrale.

⁹¹ EYNARD C., SALON D. *Architecture et gérontologie. Peut-on habiter une maison de retraite ?* Paris : L'Harmattan, 2006. P.87.

⁹² Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

Le dispositif PASA : un cahier des charges spécifique :

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit de généraliser la réalisation de « pôles d'activités et de soins adaptés » dans les EHPAD. Un tel pôle permettrait d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques seront proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- L'accueil d'une population ciblée : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, ayant des troubles du comportement modérés.
- La présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces personnes.
- L'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé
- La participation des familles et des proches
- La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Une nouvelle exploitation du site central de l'EHPAD Les Vignes est recherchée en vue d'optimiser les capacités de la structure et de l'adapter aux offres d'accompagnement spécifiques des personnes âgées dépendantes.

La mutation de la structure portera également sur la création d'une cuisine centrale qui permettra d'amorcer une réelle complémentarité avec les services d'aide à domicile de Dompierre-sur-Besbre et de répondre au besoin identifié dans le cadre du schéma départemental 2007-2011 sur le portage de repas pour la communauté de commune du Val de Besbre. La livraison était estimée à 15 000 repas par an en 2009 ; cette évaluation sera prochainement mise à jour.

B Construction d'une petite unité de vie médicalisée de 19 places :

Il s'agit de créer une petite unité de vie qui peut favoriser le parcours résidentiel des personnes âgées moins dépendantes en s'adaptant aux champs de possibles des phases d'autonomie repérées au quotidien. Créée en direction des personnes âgées dépendantes qui développent un mode de vie plus rythmé que les résidents grabataires ou lourdement dépendants, cette petite unité de vie sera un établissement secondaire permettant la mise en œuvre d'un rythme quotidien singulier. Il convient d'y envisager une organisation des temps de vie moins chronicisés laissant la place à des projets d'actions, des sorties spontanées et également à l'expression d'une vie sociale initiée, organisée et vécue par des résidents, leurs familles ou l'ensemble des aidants. De plus, les personnes âgées dépendantes issues de parcours institutionnels spécialisés (relevant d'un handicap de type déficience intellectuelle) ou du champ de la psychiatrie mais dont les pathologies

sont stabilisées, pourront être accueillies dans cette unité et ainsi s'inscrire dans un environnement normatif, synonyme d'intégration, de cadre rassurant et d'une référence aux temps de soins.

Trois raisons techniques majeures viennent appuyer ce choix :

- La première proposition architecturale proposant une extension de 25 places sur le site de l'EHPAD Les Vignes rendait la production architecturale confinée au cœur du bourg
- La volonté d'occuper un nouveau site géographique sur la commune de Dompierre peut favoriser la circulation des populations et des équipes.
- La difficile conjugaison entre la réhabilitation de la structure, qui passe par des travaux de gros œuvre, et le maintien d'un cadre de vie paisible pour les usagers.
- La considération d'une opportunité de donation d'un terrain de 8000 m² par une résidente de l'EHPAD Les Vignes, pour une possibilité de construction d'une petite unité de vie et l'aménagement d'un parc extérieur de déambulation.

A travers le sous titre suivant, je vais rendre compte de la plus value d'identités distinctes pour une seule et même institution qui éclate ses murs.

3.1.2 De l' « un »stitution à l'articulation tricéphale des unités de vie

Le projet institutionnel de l'EHPAD Les Vignes qui fixe les orientations de l'accueil, du soin, de l'accompagnement individualisé, de la vie sociale et du travail avec les familles me semble devoir, avant toute chose, reposer sur la nécessité du « Un » :

Un pour :

Un résident

Un(e) personne âgée dépendante

Un acteur professionnel

Un aidant familial

Un projet d'établissement

Un s'intégrant à plusieurs offres d'hébergement :

Une seule entité EHPAD sera déclinée en deux structures identifiées à Dompierre-sur-Besbre, auxquelles il faudra ajouter une troisième unité de vie et plus particulièrement un dispositif d'accueil temporaire de 24 places qui ouvrira ses portes au dernier trimestre 2012 sur la commune de Jaligny-sur-Besbre (à 11 km de Dompierre) et dont l'EHPAD Les Vignes sera le gestionnaire. Ce projet a vu le jour en réponse à un appel d'offre public de

la communauté de communes du Val de Besbre et l'EHPAD a été désigné comme le pilote de gestion de cette nouvelle création d'hébergement.

Pourquoi ce choix ?

L'ensemble du dossier CROSMS et de sa procédure simplifiée, présentée en octobre 2009, stipulait l'extension de la capacité de l'EHPAD Les Vignes selon les préconisations du schéma départemental en faveur des personnes âgées de l'Allier et du PRIAC, sur la base d'une création de 2 lits d'hébergement temporaire. Cet appel d'offre pour une nouvelle création de 24 places d'hébergement temporaire est venue bousculer la formulation initiale à la diversification des modes de prise en charge et s'est avéré un atout supplémentaire pour le développement de l'EHPAD Les Vignes sur le territoire du Val de Besbre. De plus, cette opportunité permet d'intégrer un dispositif supplémentaire à l'EHPAD Les Vignes et également d'asseoir un peu plus une logique d'unités distinctes pour le fonctionnement général de l'EHPAD.

Les grands axes de fonctionnement et de gestion de la structure d'accueil temporaire de Jaligny-sur-Besbre :

La structuration de ce projet s'inscrit avant tout dans un réseau gérontologique qui intègre l'ensemble des partenaires. Le réseau institutionnel de l'EHPAD de Dompierre-sur-Besbre pourra être utilisé comme un levier d'informations à la construction de ce nouveau réseau. Tous les partenaires de proximité devront être impliqués : CLIC, service d'aide à domicile, centre communal d'action sociale, associations diverses, les infirmières libérales du secteur et l'ensemble des institutions environnantes.

Deux formes d'accueil temporaires pourront être envisagées :

- L'une s'inscrivant dans un processus d'hébergement qui repose sur une demande anticipée pour une période de soutien aux aidants ou de sortie d'hospitalisation.
- L'autre répondant à un cadre d'urgence du fait d'une situation imprévue. De ce fait, le dispositif doit être en capacité de faire face à des demandes particulières.

La limitation de la durée de séjour doit également être un élément primordial qui conditionne la réussite du séjour :

- Pour la personne âgée, c'est un moyen de la rassurer quant au fait qu'il ne s'agit pas d'un hébergement définitif.
- Pour la personne âgée et sa famille, c'est un moyen de clarifier progressivement le projet de vie de la personne, notamment après le séjour temporaire.

Ce projet s'articule sur le mode d'une petite unité de vie de 25 places ; il s'agit alors de prendre en compte la spécificité des demandes qui pourront être faites car nous savons que l'ensemble des demandes peuvent provenir des environs proches de la commune de Jaligny-sur-Besbre ou d'un cadre plus éloigné. Chaque demande devra être soigneusement étudiée afin de respecter les équilibres d'accueil des populations. Enfin, le cadre de fonctionnement mettra en œuvre l'ensemble des principes institutionnels qui se doivent de reposer sur les mêmes principes qualitatifs que l'EHPAD Les Vignes : la qualité d'accueil, la qualité de vie, la qualité des espaces et la qualité de l'animation.

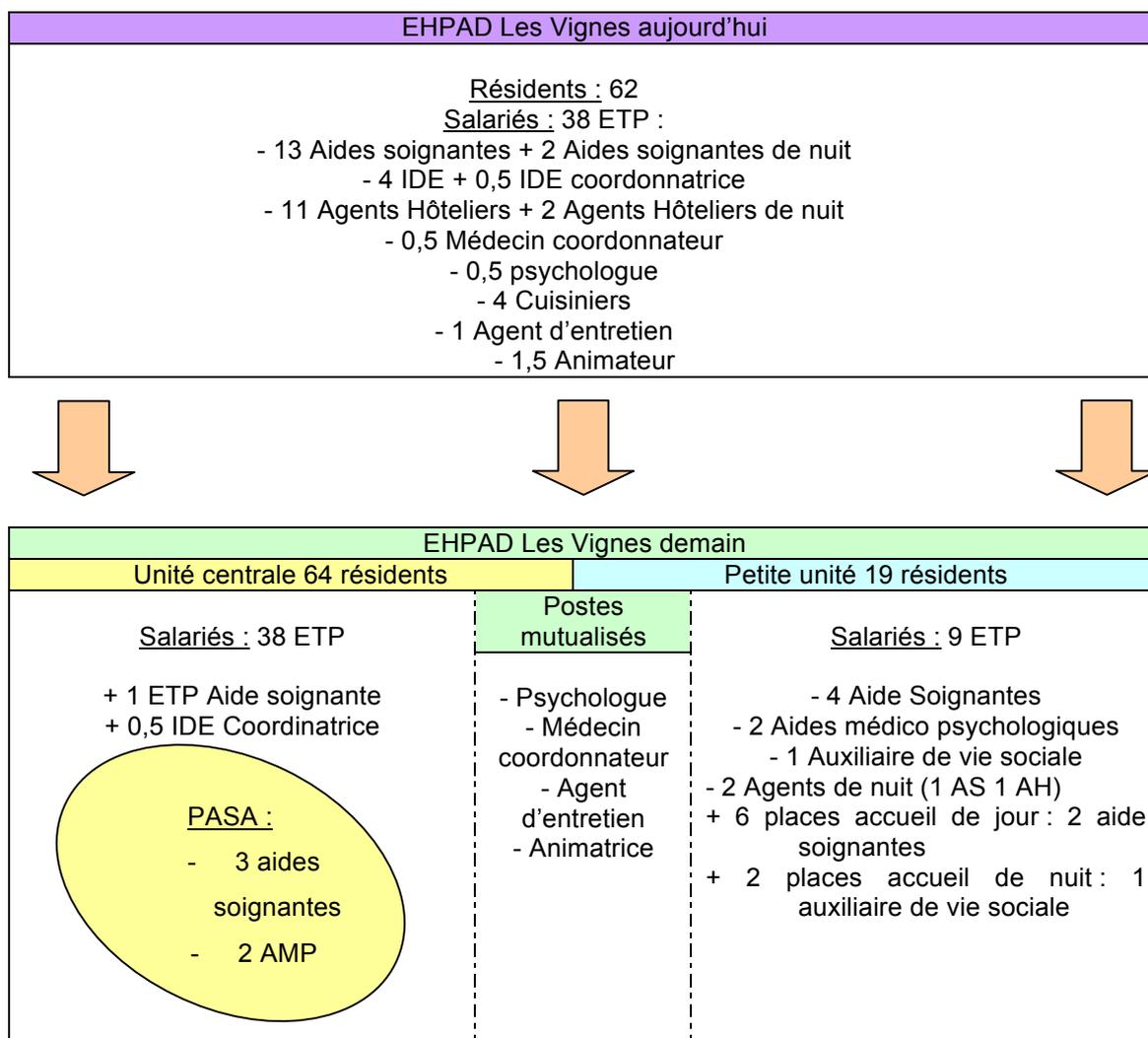
La politique d'admission se fera en lien avec l'ensemble des acteurs locaux. Quant à la procédure d'accueil, elle devra recouper l'ensemble des étapes qui conduisent une personne âgée éligible au dispositif, de son choix consenti à son entrée dans un logement. Chaque dossier sera étudié par la direction commune (EHPAD + accueil temporaire) avec un avis professionnel donné par le médecin coordonnateur de l'EHPAD. La personne bénéficiera d'une visite de pré admission pour valider son accord et l'organisation de la fin du séjour.

De la prise de contact aux actions de vivre ensemble, il s'agira de créer les rouages d'une prestation adaptée et du meilleur accompagnement possible. Des régulations avec l'équipe en place seront faites chaque semaine par le biais de réunions de transmission et de rencontres pédagogiques. De plus, sur quelques problématiques de soins rencontrées, l'équipe soignante pourra être ponctuellement interpellée dans des situations d'interventions de type SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), ainsi que la psychologue de l'EHPAD qui pourra intervenir en cas de demandes. Les associations locales devront pouvoir trouver une place au sein des diverses possibilités du projet d'animation (tant au niveau des moments occupationnels que des animations festives).

Trois unités de vie pour des parcours adaptés au cœur de l'identité EHPAD :

Ce nouveau modèle d'EHPAD, tel que je le présume, a pour but de se structurer dans un lien symbolique qui permet de «tenir ensemble », à savoir prendre en compte la grande diversité des profils de dépendance repérés au sein de l'EHPAD Les Vignes et concrètement l'adapter à des réponses de prises en compte individualisées en optimisant les moyens existants et en développant une offre de parcours résidentiel. Ainsi, l'ensemble des différentes composantes de l'EHPAD Les Vignes se réaménage par ses locaux et ses schémas d'intégration des populations âgées dépendantes sur le territoire du Val de Besbre.

Synthèse de l'opération, effectifs et répartition :



Accueil temporaire de Jaligny-sur-Besbre :

- 3 auxiliaires de vie
- 2 agents hôteliers
- 2 agents de nuit

Penser la structure financière :

L'ensemble de l'organisation financière de ces opérations de transformation est présenté en annexes dans le cadre d'un PPI⁹³ qui sera prochainement adressé aux autorités de tarification et de deux budgets prévisionnels⁹⁴ :

- Un BP pour le site central et son unité de vie distincte
- Un BP pour le dispositif d'accueil temporaire de Jaligny-sur-Besbre.

Ce plan intègre le rachat du bâtiment existant pour un montant 1 200 000 €, les dotations d'emprunt pour la mise aux normes de l'existant et la construction neuve ainsi que les frais financiers, qui ont un impact certain mais qui s'atténue au fil des années, le coût de construction ayant été arrêté à 1 500 € / M2 hors taxes. Ainsi, le coût global de l'opération s'élève à 6 070 000 € et il est largement inférieur au coût d'une construction neuve de 80 places avec ses dispositifs périphériques (ce projet avait été brièvement envisagé mais rapidement abandonné du fait de son coût exorbitant).

Deux éléments tendanciels peuvent être évoqués pour les variations prévisionnelles : la variation du groupe fonctionnel 3⁹⁵ est importante du fait que nous passons du statut de locataire à celui de propriétaire et que le niveau d'emprunt, même en incluant le rachat du bâtiment, nous permet d'être en deçà du coût annuel de loyer appliqué par notre ancien bailleur. Le second élément concerne les économies en terme de mensualités de remplacements qui sont envisagées pour le groupe 2 du fait de la circulation possible des équipes et, par là même, de l'entretien d'une dynamique d'engagement auprès de l'institution pouvant avoir une influence sur les risques psycho sociaux (en effet, au sein des EHPAD, la complexité et la chronicité des accompagnements semblent favoriser les risques psycho-sociaux) et donc sur le volume d'arrêts de travail. Le budget prévisionnel pour la gestion du dispositif d'hébergement temporaire est à considérer en dehors du montage financier de la réorganisation de l'EHPAD Les Vignes car nous ne serons que gestionnaires d'un équipement appartenant à la communauté de communes du Val de Besbre.

⁹³ Plan Pluriannuel d'Investissement. Voir annexe 3

⁹⁴ Annexes n° 4 et 5.

⁹⁵ Le décret de comptabilité de 2003 pour les ESMS précise l'organisation budgétaire par groupes fonctionnels.

3.1.3 Des services complémentaires

La recomposition d'offre des services de l'EHPAD Les Vignes doit s'accompagner de services périphériques qui prennent en compte la spécificité du cadre de vie et qui visent également à son amélioration. Pour chaque unité de vie, il est essentiel de respecter le cadre environnemental rural par les interrelations avec les services de proximité. La question partenariale, condition sine qua none à la reconnaissance de ces unités, doit se fonder sur l'implication des collectivités locales et de la sphère associative. Voyons les orientations de ces services et la manière de les articuler avec l'offre d'unités distinctes :

Site n°1 :

La structure centrale de 64 places proposera le dispositif PASA comme service supplémentaire. Ce service induira une forte capacité d'adaptation nécessitant la mise en place d'un dispositif AIO (Accueil Information Orientation) au sein de l'établissement. Le secrétariat d'accueil devra être en mesure de traiter les demandes ponctuelles et une organisation précise du repérage du dispositif devra être mise en œuvre au sein de la structure.

La création d'une cuisine centrale s'inscrit également comme un dispositif complémentaires car ouvert sur la question de l'aide à domicile de Dompierre-sur-Besbre. Dès 2005, la commune de Dompierre-sur-Besbre a contacté l'EHPAD Les Vignes pour connaître les possibilités de distribution de repas en portage à domicile. Actuellement, le service est organisé par un traiteur local qui, semble-t-il, ne donne pas entièrement satisfaction mais qui est le seul prestataire sur le secteur. A mon arrivée en août 2010, j'ai répondu à une demande de portage pour un service d'atelier protégé et la livraison de 20 repas par jour. J'ai acté de cette démarche afin d'évaluer la capacité du secteur restauration de l'EHPAD à délivrer une prestation de plus grande envergure. Aujourd'hui, le service restauration qui a reçu un agrément des services vétérinaires sera opérationnel à la livraison d'un volume de 30 000 repas par an.

Site n°2 :

Les services séquentiels d'accueil de jour et de nuit⁹⁶ seront installés au cœur de la petite unité de vie de 19 places et l'intérêt de trouver pour les aidants familiaux un lieu de répit au cœur de cette maison de vie sera très probablement bénéfique pour délivrer un réel service de relais d'accompagnement. Un aménagement spécifique de jardin sera

⁹⁶ Voir annexe n° 6

également mis en place afin d'inscrire un continuum à une culture rurale fortement attachée à la terre pour les personnes âgées dépendantes qui en ont fait la demande au sein du dispositif d'animation actuel. En effet, 17 personnes ont émis le souhait de pouvoir effectuer une activité de jardinage sur l'établissement d'aujourd'hui et le peu de possibilités extérieures rend cette demande difficile à mettre en place.

Site n°3 :

Le dispositif d'accueil temporaire de 24 places, qui s'inscrit dans la particularité d'être non médicalisé, devra néanmoins pouvoir bénéficier des services du SSIAD de la commune de Jaligny-sur-Besbre pour des interventions d'ordre para médical. Le dispositif aura également un rôle charnière pour l'animation à destination des populations âgées, sur le canton, et des liens avec les associations de 3^{ème} âge sont envisagés afin que le dispositif soit repéré comme un lieu porteur de rencontres, d'échanges et de manifestations.

3.2 Les figures du changement : vers une gouvernance par délégation de responsabilités

Ainsi que je l'ai mentionné ci-dessus, la nécessaire réorganisation de l'EHPAD Les Vignes doit rapidement aboutir afin d'assurer la pérennité de la structure, de répondre au plus près aux besoins des populations âgées locales, et de leurs proches, et de diversifier l'offre d'hébergement dans le souci de maintenir et développer l'accompagnement par le soin relationnel. Pour ce faire, les salariés doivent aussi être accompagnés et préparés aux évolutions en cours.

3.2.1 Un management de sens pour des processus d'accompagnement au changement organisationnel

Ma fonction de direction s'incarne dans la capacité à piloter l'ensemble des cadres de fonctionnement de l'EHPAD Les Vignes. Des missions médico sociales à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en passant par les relations avec les instances représentatives du personnel et la compréhension du droit social, la posture de directeur s'inscrit dans une dynamique globale et particulière des rouages de fonctionnement. En poste depuis une année, j'ai fait le choix d'inscrire un management participatif au centre de mon action afin, comme je l'ai signifié précédemment, de fédérer les équipes au plus près du projet institutionnel. Pour cela, je me suis entouré d'une colonne vertébrale de personnes ressources au sein de l'établissement.

Spontanément, une proximité d'autorité et de réflexion me lie avec l'équipe de cadres techniques (médecin coordonnateur, psychologue, infirmière coordonnatrice) et également avec l'homme d'entretien de l'établissement qui a une connaissance fine du cadre structurel de l'EHPAD Les Vignes. Ainsi des délégations de responsabilités ont été mises en place afin d'inscrire des modes de hiérarchie concertée qui permettent de situer précisément une gouvernance à chaque secteur institutionnel.

De la capacité à fédérer à la capacité à convaincre :

Le contexte institutionnel lors de ma prise de poste fut fortement marqué d'attentes et d'inquiétudes quant aux possibles tournures que pouvait prendre la restructuration de l'EHPAD Les Vignes et aux impacts des changements inhérents à cette restructuration. Recueillir l'ensemble des paroles des salariés dans des groupes de travail, analyser les propos et les mettre en lien avec l'histoire ancienne, entendre les différents regards portés sur l'institution, recevoir les questionnements, autant de matières qui, pour moi, sont le point de départ à la mise en œuvre des changements structurels et organisationnels. Toutefois, les acteurs et le système sont dépendants des mécanismes qui les régissent et les stratégies décisionnelles doivent prendre en compte tous les niveaux d'implication concernés :

Phase 1 : De la manière d'impliquer le conseil d'administration aux choix retenus et aux décisions qu'ils doivent porter:

Le directeur doit rendre compte de ses choix institutionnels et des grands équilibres financiers de la structure qu'il pilote. Les différents comités de pilotage qui ont constitué la chaîne décisionnelle m'emmenant d'une part au rachat de l'EHPAD Les Vignes puis aux orientations de réhabilitation et de construction d'une nouvelle entité ont été largement soumis en amont au conseil d'administration de l'AGEPAPH afin qu'il puisse m'accompagner dans la structuration de ces choix. Le bureau associatif et le conseil d'administration se sont révélés des instances participatives aux enjeux de la restructuration sous couvert de la direction générale du groupement de coopération SAGESS, qui a œuvré à accompagner les administrateurs de l'association pour l'étude et la décision des choix qui leur incombent.

Phase 2 : De l'immersion auprès des collectivités locales, administrations et autorités de tarification :

La recomposition de l'offre de services de l'EHPAD Les Vignes a été organisée et pensée dans une dynamique d'actions concrètes faisant intervenir l'ensemble des partenaires quant aux choix retenus. Des rencontres avec des élus locaux et plus particulièrement le maire de Dompierre-sur-Besbre se sont déroulées du mois de janvier 2011 au mois de

juillet 2011 afin d'élaborer les scénarios possibles de la restructuration de l'EHPAD Les Vignes et des possibilités d'agrandissement. J'ai associé à l'ensemble de ces temps de travail les représentants techniques et les élus du conseil général de l'Allier ainsi que les responsables sectoriels de l'ARS.

L'organisation de ces rencontres de travail couramment appelées « comité de pilotage » m'ont permis une implication totale de l'ensemble des rouages techniques et politiques afin que mes choix décisionnels soient des choix qui émanent de la somme des réflexions élaborées au sein de ces groupes de travail.

Phase 3 : Des groupes de réflexions pluridisciplinaires au positionnement du projet.

« *Le management par approche système invite à regarder l'organisation comme un ensemble de processus corrélés entre eux, l'efficacité organisationnelle dépend alors de leur juste articulation* »⁹⁷. Pour faire émerger cette mutation structurelle, j'ai voulu interroger au plus près les pratiques de soins et d'accompagnement de l'EHPAD Les Vignes afin d'y déceler les forces et les faiblesses. Bien souvent, j'ai repéré une dynamique institutionnelle construite à la fois d'enthousiasme et de mal-être, c'est-à-dire de l'observation de périodes fastes à des moments d'affaissement collectif qui se succèdent et où le quotidien prend le pas sur le sens. « *Pour l'individu, le cours des événements n'est pas « un long fleuve tranquille » sans perturbations ; il apparaît avec ses incohérences apparentes, ses contradictions, ses récurrences* »⁹⁸. Ces zones continues d'interactions se doivent d'être régulées afin de maintenir l'éveil professionnel et la capacité à produire du sens. « *Pour les acteurs, tout événement a en soi un sens. La construction de sens est le processus par lequel un individu comprend cet événement* ».⁹⁹ Dès lors, j'ai acté d'un management qui induit la co-construction des projets par l'association de l'histoire institutionnelle et la lecture des temps forts et des temps faibles. Ainsi, ma volonté de repenser la structure en intégrant une dynamique de territoire par des unités distinctes repose sur une volonté d'amélioration, de fluidité et d'expression des pratiques professionnelles au sein de l'EHPAD Les Vignes. Il serait naïf de croire que l'unanimité fait corps autour de ce projet de restructuration. Toutefois, les voix allant à l'encontre de cette restructuration se sont fait entendre et ont pu s'exprimer mais leurs caractères marginaux confinent plus à des angoisses liées au changement qu'à l'intérêt porté sur le devenir de l'établissement.

⁹⁷ Sous la direction de CHARLEUX F. et GUAQUERE D. *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Evaluation interne : outils, méthodes et mise en œuvre*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur – ANDESI, 2006. Nouvelle édition, collection Actions sociales / Référence, p. 80.

⁹⁸ Ibid

⁹⁹ Ibid

Parce que les zones d'incertitudes permettent également de réguler le fonctionnement institutionnel, il est important pour moi que le changement s'opère en respectant la continuité et les équilibres de fonctionnement actuels. Les groupes de travail organisés avec les équipes pluridisciplinaires m'ont permis de comprendre la question du parcours résidentiel, les modes de prises en charge et de choix cliniques ainsi que le besoin de circulation des équipes. Ainsi, le projet tel que je vous l'ai présenté, se veut de respecter le plus fidèlement possible la traduction portée par les groupes de travail. Les trois phases dont j'ai parlé ci-dessus sont imbriquées entre elles et illustrent les étapes de structuration de ce projet de reconfiguration. Rassembler les protagonistes, défricher le cadre des obligations et des contraintes budgétaires, considérer les conjonctures politiques et sociales, sont autant de facteurs qui, d'analyse en analyse, permettent d'identifier les chemins à suivre pour construire les figures du changement et par là même, de considérer l'adhésion au projet comme un aspect fructueux qui alimente les acteurs dans la manière de penser le changement et qui était la posture du directeur dans sa capacité à convaincre.

Le ciment du changement : la parole des usagers, la part contributive des familles :

Tout au long de ce travail de mémoire, j'ai eu le souci de considérer ma problématique sous l'égide des usagers, de leurs besoins, de leurs regards portés sur la structure dans laquelle ils vivent et de leurs mots. Construire un processus de changement induit sans coup férir l'écoute du collectif de résidents, des représentants élus et du collège des familles. En d'autres termes, il s'agit d'associer les instances représentatives des usagers dans la même dynamique de co construction que celle mise en œuvre avec les partenaires et les salariés.

*« Au même titre que l'évaluation est une démarche, un questionnement, une production de connaissances, une aide à la décision, l'information recueillie auprès des usagers participe à ces différents stades de l'interrogation des organisations. On passe ainsi d'une dimension normative (mesure d'écart, efficacité) de l'évaluation à une dimension de projet (désirs, attentes) »¹⁰⁰. Dès lors, j'ai acté d'une programmation de travail sur le devenir de l'EHPAD Les Vignes au sein du conseil de vie sociale. Les trois dernières rencontres qui avaient pour thème « *Quelle maison de retraite voulons nous demain ?* » (l'acronyme EHPAD est bien difficile à utiliser auprès des familles car il semble y avoir un impérieux besoin de maintenir la notion de maison de retraite pour parler du lieu de vie)*

¹⁰⁰ Sous la direction de Eynard Colette, Piou Olga et Villez Alain. *Conduire le changement en gérontologie. Principes, méthodes et cas pratiques.* Paris, Edition Dunod, Collection Etablissements et services, 2009, p.114.

m'ont permis de considérer les difficultés ressenties dans la cohabitation entre les personnes âgées lourdement dépendantes et celles et ceux qui s'inscrivent dans le maintien de leur autonomie. Ainsi, le PASA qui sera mis en place est une attente forte du collège des familles car il m'a été explicitement renvoyé que lors des visites régulières des familles, celles-ci se trouvaient parfois contrariées du fait de situations complexes liées aux manifestations de troubles de démences ou troubles psychiques par des personnes voisines de leurs parents et quelquefois dirigés contre elles. Loin de vouloir se positionner dans des attitudes ségrégationnistes, la nécessité de créer un PASA est également vécue comme la possibilité de mieux protéger et mieux accompagner les personnes très désorientées.

La part contributive des familles au projet de restructuration repose alors sur un regard visuel et extérieur des pratiques d'accueil et d'accompagnement véhiculés au sein de la structure et de la meilleure manière de penser leurs évolutions. Les usagers et les familles restent les meilleurs garants de la reconnaissance des pratiques et services délivrés au sein de l'établissement.

3.2.2 Réajuster les fiches métiers au plus près des accompagnements individualisés

« Dans le cadre de sa politique sociale, un employeur doit veiller à développer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette démarche vise à répondre à la permanence des changements (adaptation et réactivité de l'institution), elle permet de redonner de l'autonomie aux professionnels (motivation des équipes, maintien de l'employabilité) et suppose que l'organisation soit « apprenante » ou « professionnalisante »¹⁰¹. Cette définition de la GPEC me permet d'éclairer les mouvements de redistribution des emplois au sein du futur projet d'unités distinctes. De prime abord, cette question des affectations de postes et d'orientations sur tel ou tel site ne semble pas ou peu se poser du fait que le site central de l'EHPAD Les Vignes maintient son niveau d'agrément et développe un nouveau service.

Une première logique de ressources humaines et de gestion m'emmènerait à penser que l'augmentation d'activité génère une augmentation de moyens. Maintenir ce raisonnement est à coup sûr développer une erreur certaine car je souhaite considérer, d'une part, les

projets de parcours professionnels pour chaque salarié et, d'autre part, reconsidérer un rééquilibrage de certains postes d'agents hôteliers vers des postes d'accompagnement à la vie institutionnelle.

A L'entretien individuel comme vecteur de choix professionnel et d'affectation :

Il est considéré comme un outil de GPEC et une obligation de l'employeur. Je souhaite appréhender l'ensemble des conclusions de ces entretiens pour adapter mes choix de futurs recrutements. Précédemment, j'ai rendu compte de la nécessaire circulation des équipes en vue de lutter contre l'usure professionnelle et l'ensemble des risques psychosociaux pouvant provoquer un certain volume d'arrêts maladie. Ainsi fait, je ferai une proposition de maintien ou de nouvelles orientations des postes en tenant compte des doléances énoncées par chaque salarié lors de leur entretien annuel obligatoire, de leur volonté d'évolution et de leur capacité à la mobilité. L'ensemble de ces propositions sera au préalable soumis aux IRP de l'établissement.

B Utiliser le plan de formation pour générer une mutation du pôle d'agent hôtelier :

*« La GPEC doit donc s'inscrire dans un rapport équilibré de type « gagnant-gagnant » entre l'employeur et les salariés. D'un côté, l'institution réduit les risques d'écart entre ses propres besoins et ceux des usagers en fonction de ses ressources. De l'autre, cette nouvelle conception du management implique que les collaborateurs entrent dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle et personnelle. »*¹⁰² Il existe aujourd'hui au sein de l'EHPAD Les Vignes, certains déséquilibres de moyens entre les services dédiés à l'entretien des locaux et à la restauration et le secteur des aides soignantes. Les salariés du premier secteur nommé œuvrent à des tâches d'entretien et de services, les secondes aux accompagnements des personnes par l'accomplissement des gestes et des actes essentiels au maintien de la vie.

Malgré des moyens considérables rééchelonnés dans le cadre de la convention tripartite de seconde génération 2010-2014, je considère que le nombre d'aides soignantes est très en dessous des besoins d'accompagnements aux soins. La sensible augmentation du PMP¹⁰³ passant de 150 à 212 entre juin 2009 et juin 2011, pour un GMP¹⁰⁴ de 620 au

¹⁰¹ Sous la direction de Eynard Colette, Piou Olga et Villez Alain. *Conduire le changement en gérontologie. Principes, méthodes et cas pratiques*. Paris, Edition Dunod, Collection Etablissements et services, 2009, p. 33.

¹⁰² Ibid, p. 34.

¹⁰³ Pathos Moyen Pondéré qui détermine un niveau de besoins de soins

1^{er} juin 2011, traduit l'accentuation des besoins d'accompagnement aux soins des personnes âgées dépendantes. La remontée d'information auprès des autorités de tarification n'a pas suffi à pouvoir bénéficier de nouveaux moyens et j'ai alors souhaité réorienter plusieurs agents hôteliers sur le soutien aux soins prodigués par les aides soignantes, en mobilisant, pour celles qui accepteront la proposition, plusieurs heures de leur emploi du temps où elles feront fonction d'aide soignante.

Cette étape, qui prend une traduction concrète pour les agents concernés (au nombre de 3 aujourd'hui) en terme de rémunération¹⁰⁵, m'a permis de positionner ces agents volontaires sur deux formations d'aide soignantes et une formation d'auxiliaire de vie. Le renforcement des aides soignantes est alors assuré pour répondre à une meilleure prise en charge des usagers (prise en charge de soins, prise en compte d'un temps dédié aux échanges et aux désirs des personnes).

Ré équilibrage des pôles :

Dans une logique de raréfaction des moyens, il convient de construire des principes de mutualisation comme nous l'avons vu précédemment mais également de penser des stratégies d'évitement de surcoût tout en maintenant une prestation de service de qualité. Pour pallier ce basculement de postes, j'ai opté pour l'intervention extérieure de travailleurs en ESAT¹⁰⁶, appartenant au même groupement de coopération, pour des temps d'intervention d'entretien des locaux, de ménage et certains temps de services d'hôtellerie. Les surcoûts de ces interventions sont considérés comme recevables par les autorités de tarification au regard de l'augmentation brute des charges de personnels supplémentaires pour l'augmentation directe du temps d'aide soignante.

Cette conversion actuelle par le basculement de poste et l'intervention stratégique de services extérieurs sera éventuellement utilisée pour la GPEC envisagée dans le cadre de la mise en place des unités distinctes. Cette solution sera privilégiée si l'attribution des moyens ne correspond pas aux charges de personnel escompté pour l'ensemble de la recomposition des services.

¹⁰⁴ Gir Moyen Pondéré qui détermine un niveau de mesure de la dépendance

¹⁰⁵ La CCN 1951 stipule que la différence de coefficient doit être appliqué pour le salarié qui intervient « en fonction de » dans un groupe métier supérieur que celui ou il est réperé.

¹⁰⁶ Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

3.2.3 Un groupement de coopération favorisant une direction « forte » et délivrant une prestation d'ingénierie

Le projet de restructuration de l'EHPAD Les Vignes, tel que je viens de le présenter s'appuie sur une cohésion réflexive élaborée avec l'ensemble des acteurs et partenaires institutionnels de l'établissement. Il s'appuie également sur le cadre opératif du groupement de coopération sociale et médico-sociale SAGESS qui vise à soutenir les initiatives et les projets des établissements situés dans son cercle d'appartenance. Ce groupement de coopération est une entité administrative et technique reconnue par les autorités de tarification depuis le 27 septembre 2010. Il inscrit dans le préambule de ses statuts : *« les signataires des présentes confirment leur intérêt d'un rapprochement de leurs activités à travers un groupement de coopération social et médico-social. Ce projet est inspiré des valeurs qui animent les trois associations au premier rang desquelles la solidarité ; et s'inscrit pleinement dans leurs perspectives d'action visant à favoriser les meilleures conditions de bien-être, d'éducation, de soins, de socialisation et d'intégration pour les populations accueillies dans leurs établissements et services respectifs. »* Ce groupement de coopération est constitué par les trois associations gestionnaires suivantes dont celle de l'EHPAD Les Vignes: l'AGEPAPH, présentée en partie 1, l'ABAH¹⁰⁷ et l'AVERPHAM¹⁰⁸, ces deux dernières œuvrant exclusivement dans le champ du handicap mental. Ces associations gestionnaires regroupent aujourd'hui 17 ESMS.

Afin de situer la plus-value du groupement de coopération, il faut mettre en perspective l'histoire institutionnelle de l'EHPAD Les Vignes et particulièrement les affres de son projet de restructuration qui, sans la naissance du groupement de coopération SAGESS, aurait largement pris le pas sur la dynamique de redémarrage du projet. En effet, en amont de ce nouvel élan pour l'association gestionnaire, la conduite du projet de l'EHPAD Les Vignes avait uniquement été porté par mon prédécesseur qui, ne trouvant que très peu d'appui, n'a pu faire face au promoteur bailleur s'étant accaparé le premier projet de restructuration de l'EHPAD Les Vignes avec des conditions de faisabilité inabordables, ayant pour conséquences différents points de blocage et la démission du directeur précédent. Le soutien du groupement de coopération a permis de dégager un réel appui au redémarrage du projet et aux conditions de sa mise en œuvre :

¹⁰⁷ Association Bourbonnaise pour l'Accueil des Handicapés

¹⁰⁸ Association pour Vichy Et sa Région de Parents et Amis d'Handicapés Mentaux

- D'une part dans les négociations et l'appui d'un conseil juridique nous ayant permis de racheter le bâtiment et obtenu que le bailleur se retire du projet.
- D'autre part, d'avoir inscrit l'EHPAD Les Vignes dans le cadre du CPOM du groupement de coopération et d'avoir défendu la place d'une structure pour personnes âgées dépendantes dans un groupement composé exclusivement d'institutions relevant du cadre de l'éducation spécialisée.

Le groupement de coopération participe de la co-construction du changement de par sa position de fédération associative et de la proposition d'ingénierie technique qu'elle apporte à chaque établissement. Les points de vue institutionnels sont respectés (parole d'usagers, parole de salariés, analyse de la direction) et leurs traductions en terme de projets, appuyée par l'entité SAGESS, peuvent être analysées avec des techniciens de la question médico-sociale et des techniciens de gestion ou d'analyse financière qui accompagnent le directeur de l'EHPAD Les Vignes. *« Selon cette perspective, le changement est considéré comme le résultat d'un processus de recherche de convergence réalisé au sein d'espaces de confrontation rassemblant des individus, porte-parole et/ou relais d'acteurs collectifs concernés par le changement mais porteurs de visions différentes. C'est ce processus qui caractérise la co-construction. Le changement est ainsi conçu comme un compromis entre des propositions différentes, voire divergentes »*¹⁰⁹.

Particulièrement actif lors des premières phases de mise en œuvre du projet de restructuration et de création d'unités distinctes, le groupement SAGESS est aussi une garantie d'appui financier auprès de ses établissements de par sa structuration financière qui permet la gestion du cadre des excédents budgétaires négociés au titre de la mise en place d'un CPOM. Ainsi, le calcul de l'emprunt engagé pour la restructuration de l'EHPAD Les Vignes a pu être déterminé vis-à-vis de la capacité d'investissement de la structure mais également grâce à des comptes de liaison du groupement ; particulièrement investi au titre de ce projet, 700 000 euros ont été affectés à l'EHPAD Les Vignes.

Comme nous venons de le voir, le groupement de coopération s'inscrit dans une volonté d'accompagnement et de structuration des établissements tout en leur laissant une grande autonomie de fonctionnement. Il s'agit de maintenir des directions « fortes » afin d'éviter l'écueil de l'uniformisation mais aussi pour que les directeurs en poste puissent animer les établissements au plus près de leurs identités. Encore une fois, est démontrée

¹⁰⁹ FOUURIAT Michel. *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Rennes, Editions Presse de l'EHESP, p. 291-292.

à travers ce choix organisationnel, toute la place laissée à la dynamique de co construction du changement, qui se veut agissante par l'expression des forces et des faiblesses de chaque établissement et de la parole délivrée, retenue et synthétisée par l'ensemble des acteurs. Des direction fortes, c'est également des directeurs protégés par la direction générale du groupement de coopération qui, dans les négociations tant auprès des autorités de tarification que des collectivités locales, peut appuyer les orientations stratégiques développées par un établissement sans pour autant exposer son directeur à d'éventuelles pressions de l'environnement politico social.

3.3 La démarche d'évaluation et de progrès : une culture d'amélioration continue

En avril 2011, lors d'un échange professionnel avec mon directeur général, celui-ci me délivre les propos suivants : *« il y a une nécessité de l'évaluation mais celle-ci ne doit pas être érigée comme un dogme »*. Le renforcement de l'évaluation sous une forme interne et externe dans le cadre de la loi du 02 janvier 2002 nous oblige à programmer nos actions d'amélioration des pratiques et de regards portés sur nos projets. Comme le mentionne l'article L312-8 du CASF¹¹⁰, *« les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 (dont les EHPAD) procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret »*. En substance, ce dernier précise l'obligation d'évaluation interne tous les 5 ans et externe tous les 7 ans (en réalité interprété de cette façon, car une autorisation valable tous les 15 ans laisse l'espace à deux évaluations), ou 2 ans avant le renouvellement de l'autorisation par l'organisme agréé, en respectant un cahier des charges fixé par décret.

Mais avant d'être une obligation légale, la question de l'évaluation est liée à la question principale posée de la qualité des prestations et de l'obligation de sa formalisation. Cette

¹¹⁰ Code de l'Action Sociale et des Familles.

notion de qualité fait largement référence au respect des droits des usagers et à la question de leur bienveillance.

3.3.1 Mesurer l'évolution des cadres de fonctionnement

En effet, le programme de travail de l'ANESM pour l'année 2008 avait pour thème la bienveillance. Cette démarche collective vise à identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins. La recommandation de l'ANESM sur la bienveillance représente de fait la recommandation cadre sur laquelle toutes les autres viennent se greffer.

Pour la mettre en œuvre, l'ANESM a identifié 4 repères :

- l'utilisateur co-auteur de son parcours ;
- la qualité du lien entre professionnels et usagers ;
- l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes
- le soutien aux professionnels dans leur démarche de bienveillance.

Ces repères s'inscrivent comme de puissants leviers à l'équilibre de fonctionnement d'un EHPAD. Ils sont, selon moi, le point de départ incontournable à l'évolution des pratiques professionnelles et impliquent de réinterroger régulièrement aussi bien les projets individualisés des personnes accompagnées que les projets de services et d'établissement afin qu'ils restent pertinents et adaptés aux besoins de chacun. Pour ce faire, je diffuserai préalablement à l'ensemble des salariés les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM en lien avec leur champ d'intervention et je veillerai à mettre en place une formation collective en interne sur la bienveillance. Il s'agit pour moi de constituer une culture commune, en lien avec la mise en œuvre d'une commission éthique¹¹¹, afin d'améliorer globalement le regard porté sur les usagers et leur prise en compte.

Dans un second temps, je constituerai avec l'ensemble des cadres, hiérarchiques et techniques, et des représentants volontaires des salariés (deux par profession par exemple) un comité de pilotage chargé de définir les items pertinents pour évaluer la qualité de l'accompagnement et de bienveillance délivrés au sein de l'EHPAD Les Vignes. Ce comité se réunira de manière mensuelle, à charge pour lui de trouver le consensus le plus large possible sur les thématiques à aborder et la méthodologie à retenir afin que

¹¹¹ Voir 2.2.2, pp. 42/43.

chacun, salarié et usager, soit impliqué dans cette démarche. Il s'agit bien de définir les bonnes pratiques professionnelles spécifiques à l'EHPAD Les Vignes, aujourd'hui et demain. Comme une bonne pratique n'est pas définie réglementairement mais qu'elle se reconnaît « *au consensus dont elle est l'objet de la part des professionnels à un moment donné* »¹¹², une fois recueillies l'ensemble des réponses et élaboré le guide d'amélioration continue, toujours par le comité de pilotage, une révision annuelle sera effectuée par ce même comité afin de garantir l'adéquation permanente entre le projet d'établissement et la notion de bienveillance qui le sous-tend.

3.3.2 Développer des indicateurs de références aux parcours d'hébergement individualisé

La recomposition de l'offre des services de l'EHPAD Les Vignes met en exergue une reconfiguration résidentielle permettant d'adapter l'offre d'hébergement aux personnes âgées dépendantes selon leur degré d'autonomie. Afin de rendre compte de la valeur ajoutée de ces dispositifs tant dans leurs conceptions que dans leur utilité sociale, je m'attacherai, en impliquant bien entendu les salariés dans une démarche participative d'élaboration, à construire des outils qui permettent de pleinement identifier la recevabilité et la légitimité de ces dispositifs.

Nous opterons pour la mise en œuvre d'un questionnaire de satisfaction que nous adresserons à l'ensemble des personnes âgées dépendantes et leurs familles¹¹³. Naturellement, ce questionnaire sera adressé soit aux résidents eux-mêmes, selon leur degré d'autonomie, soit à leurs familles ou représentants légaux. Des indicateurs directs pourront alors nous éclairer sur le niveau de prestations rendues. Nous veillerons néanmoins à objectiver ces données de par le caractère subjectif que peuvent recouvrir ces appréciations.

Je retiendrai également des indicateurs qualitatifs et fonctionnels qui se déclineront respectivement au travers des dimensions suivantes :

¹¹² Sous la direction de CHARLEUX F. et GUAQUERE D. *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Evaluation interne : outils, méthodes et mise en œuvre*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur – ANDESI, 2006. p. 121.

¹¹³ Une trame de ce questionnaire est en cours d'élaboration.

Dimension qualitative :

Je propose les items d'évaluation suivants, que je mettrai en place pour chaque entité institutionnelle¹¹⁴ :

- Vie dans chaque institution ou dispositif : rythme et mode de vie des résidents.
- Nature des activités proposées à l'intérieur de l'établissement, à l'extérieur et à visée thérapeutique
- Prestations de soins à dominante organique
- Prestations de soins à dominante relationnelle
- Qualification des personnels et qualité de l'accompagnement délivré
- Nature des relations avec l'environnement local et intégration dans la vie sociale
- Niveau de cohérence de l'articulation de fonctionnement entre les unités de vie.
- Degré d'implication des unités au sein du territoire (reconnaissance, force de propositions)

Dimension fonctionnelle :

Celle-ci a trait à l'ensemble des procédures d'interventions et particulièrement à l'enchevêtrement des procédures généralistes du projet de vie, de soins et d'animation et leur application dans la diversité des nouveaux dispositifs. Je m'attacherai à ce que la dimension fonctionnelle soit respectée afin d'appliquer au plus juste les projets individualisés des résidents de chaque unité de vie.

3.3.3 De la qualité à la performance : un enjeu croisé

L'ANAP¹¹⁵ est un groupement d'intérêt public entre l'Etat, l'UNCAM¹¹⁶, la CNSA et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Elle a été créée dans le cadre de la loi HPST¹¹⁷ et a pour missions d'accompagner les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les ARS.

Son rapprochement dans le cadre du champ de l'évaluation doit être identifié comme une opportunité d'appui car la suite des missions de l'ANAP est centrée autour :

- De l'identification, sur le terrain, des organisations et expériences remarquables et de les faire connaître.
- De construire, avec les professionnels de terrain, des outils et des méthodes

¹¹⁴ Le processus évaluatif est déjà en place dans le cadre de la convention tripartite deuxième génération de l'EHPAD Les Vignes. En 2010, le cadre d'évaluation ANGELIQUE a été utilisé pour la mesure des objectifs qualité qui ont permis le renouvellement de la convention tripartite.

¹¹⁵ Agence Nationale d'Appui à la Performance

¹¹⁶ Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

utilisables par le plus grand nombre.

Aujourd'hui, l'ANAP inscrit principalement ses actions en appui auprès des ARS et de l'ANESM mais les leviers de travail qu'elle développe doivent interpeller les directeurs d'ESMS.

Parmi les orientations qu'elle propose, le levier 3 concernant « *des parcours de personnes optimisés* » a retenu mon attention du fait d'une publication intitulée : « *les parcours de personnes âgées sur un territoire*¹¹⁸ ». En effet, il s'agit d'un éclairage quant à la complexité du parcours de la personne âgée en situation de fragilité et des points de vigilance à retenir, particulièrement dans le cloisonnement des offres entre le parcours de santé et le parcours de soins. La nouvelle diversité des offres d'hébergement de l'EHPAD Les Vignes, devra être intégrée comme des données supplémentaires et pleinement s'articuler à l'offre gérontologique du territoire, l'ajout de ces informations qualitatives devant étayer le travail en réseau et la connaissance des dispositifs.

En lien avec cette notion de qualité, je dirai que la dynamique d'évaluation contribue à maintenir en permanence la bonne trajectoire du projet institutionnel. Elle permet d'analyser et de corriger les écarts et l'appropriation de cette dynamique se révèle comme un élément stratégique incontournable. Ainsi, comme le signifiait déjà J-M MIRAMON en 1992 : « *ni contrôleur, ni gardien perpétuel du temple le directeur doit être capable de dynamiser son organisation - d'impulser, après évaluation, le changement dans n'importe lequel des secteurs. C'est là un rôle capital dans la lutte contre la routine, le désengagement, l'usure des personnels de l'action sociale.* »¹¹⁹ La culture de l'évaluation, loin de ses effets pernicieux du contrôle doit nous emmener à mieux penser notre manière de protéger les personnes fragiles et de mettre en œuvre l'ensemble de leurs droits. C'est ce que j'essaie d'acter au quotidien dans mes fonctions de directeur et ce qui m'a conduit à proposer le projet de restructuration de l'EHPAD en l'intégrant dans le territoire rural environnant.

¹¹⁷ Hôpital Patients Santé Territoires

¹¹⁸ Réf. www.anap.fr consultée le 14 juillet 2011

Conclusion

Le cadre des politiques publiques en direction des personnes âgées dépendantes détermine des modèles institutionnels précis qui laissent peu de marges aux possibilités de parcours pour les populations accueillies au sein d'un même établissement. Un regard similaire peut également être porté sur les modèles d'accompagnement et de soins délivrés au cœur des EHPAD dès lors que leurs orientations sont portées sur une volonté des corps que l'on garde et que l'on soigne. Si j'ai voulu disséquer la nature du modèle EHPAD, c'est pour mieux comprendre et appréhender les champs de possibles de ce modèle institutionnel. Ce modèle hybride fait d'une rencontre entre le champ sanitaire et médico-social est, à mon sens, toujours en quête de son identité et, à ne pas y veiller, on peut, comme nous le rappelle Alain VILLEZ, penser être en face d'une « *crise des modèles* ». Le panorama des institutions EHPAD, selon leur niveau de réforme, oscille entre des dispositifs curatifs importants et des organisations de soins plus individualisées. Quoi qu'il en soit, « *à ne pas s'y pencher* », le trouble guette nos établissements dans les injonctions paradoxales des modèles de soins et de la place des usagers.

Le déroulé de ce travail avait pour intention, d'une part, de rendre compte de l'évolution historique des institutions pour personnes âgées au regard de la construction des politiques publiques tournées en leur direction et, d'autre part, de retenir un modèle d'organisation et de projet qui ne galvaude pas les choix et le désir des personnes âgées dépendantes. Le choix de traiter les circonvolutions de l'idée de soins s'inscrit pour moi dans une farouche conviction de la reconnaissance des populations comme sujets désirants.

De plus, cette approche visait à déterminer les mutations d'un secteur qui s'est structuré dans le faisceau de la dépendance et qui, par une multiplication législative débordante, prend parfois de court les associations gestionnaires et les acteurs des réseaux gérontologiques. C'est, je crois, le sentiment vécu au sein de l'association gestionnaire de l'EHPAD Les Vignes qui, dans la gestion de son équipement en milieu rural, n'avait que peu anticipé l'évolution de son projet et les changements que cela implique. Le projet de recomposition d'offres de services en privilégiant des unités de vie intégrées au territoire rural que je propose est la conséquence d'une réflexion globale qui m'emmène à penser que des entités institutionnelles doivent s'organiser selon une taille critique maintenant la proximité et favorisant la circulation des usagers et des équipes professionnelles.

¹¹⁹ J.M.Miramon, D.Couet, J.-B.Paturet *Le métier de directeur. Techniques et fictions*, ENSP EDITEUR 1992 p164

La volonté d'impulser le mouvement et l'ouverture de l'établissement que je dirige est, à mes yeux, la meilleure garantie pour alimenter une dynamique de projet tenant compte du juste équilibre entre le prendre soin des usagers et leur reconnaissance. Ce choix managérial, inscrit dans la participation et la co-construction du changement, me permet d'accompagner les équipes pluridisciplinaires tout en érigeant une culture du sens réinterrogeant sans cesse les pratiques et mettant à distance les phénomènes de chronicité naturelle auxquels sont soumises les équipes d'accompagnements. Préserver le cadre, le rythme, et les précautions face aux fragilités quotidiennes qu'appelle l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, tout en maintenant en éveil une écoute permanente et une réactivité à leurs besoins, voilà le pari d'exigence que je souhaite mettre en œuvre avec la réorganisation de l'EHPAD Les Vignes.

Dès lors, il s'agit pour moi de me tourner vers la créativité institutionnelle et la fabrique de lien social en émettant la volonté de se développer sur le territoire d'appartenance de l'établissement. En tant que directeur, j'ai cette responsabilité d'inscrire l'établissement que je dirige dans son environnement local, tout comme j'ai celle de veiller à la bienveillance des personnes accueillies et au bien être des salariés sur leur lieu de travail. Pour autant, la responsabilité de cette place de directeur ne confère nullement une légitimité de fait à celui qui l'occupe.

Dans l'ouvrage collectif *Y a-t-il un directeur dans l'institution ?* Jean-Pierre LEBRUN interroge le concept de « *place d'exception* »¹²⁰ pour désigner le rôle de directeur dans un ESMS. Si privilège il y a, c'est celui d'avoir une responsabilité permanente d'un établissement qui accueille une population fragile et dont les missions s'inscrivent dans la bonne application des cadres réglementaires et juridiques en vue de donner les meilleures réponses de cohésion et de protection médico sociale. Quant à l'exception, l'exceptionnel pourrait-on dire, c'est de concevoir ce rôle comme un acte d'engagement politique et citoyen qui vise à creuser des sillons pour que la place des personnes âgées dépendantes s'affirme dignement et hautement.

C'est également œuvrer à ce qu'au sein du champ médico social, les EHPAD puissent défendre la place des personnes âgées dépendantes dans la liaison sociale, pour contrer les représentations de relégation parfois employées et pour que le focus de regard qui est fait sur nos institutions soit celui de projets d'établissements affirmant que les personnes âgées dépendantes continuent d'appartenir à notre société de semblables. Ne mesure-t-

¹²⁰ LEBRUN J.-P. et un groupe de directeurs. *Y a-t-il un directeur dans l'institution ?* Rennes : Presses de l'EHESP, 2009. P. 163

on pas la bonne santé d'une société à la manière de traiter ses jeunes, ses vieux et ses fous ? A l'heure du report du débat sur le financement de la dépendance, le directeur que je suis émet de nombreuses inquiétudes au-delà de la raréfaction de moyens et du restant à charge pour les usagers. Il s'agit bien en effet de veiller aujourd'hui au respect de la dignité humaine, au respect du droit d'expression des personnes que nous accueillons, au respect des droits des salariés, et cela commence à petite échelle, à l'échelon local, celui du territoire où vit l'institution. Recomposer l'offre des services d'un EHPAD en privilégiant des unités intégrées au territoire rural relève de cette volonté, y-compris si cela s'écarte des modèles normatifs de regroupements institutionnels. Il convient alors quelquefois de pousser les murs pour que puissent « *s'exprimer les irréguliers*¹²¹ », ces personnes âgées dépendantes accueillies à l'EHPAD Les Vignes.

¹²¹ Selon l'assertion foucauldienne : « *je voudrais être un agitateur pour les réguliers et parvenir à ce qu'on laissât s'exprimer les irréguliers* », consultée sur internet <http://espal.net/theatre/foucault-71> le 16 septembre 2011.

Bibliographie

Sous la direction de BATIFOULIER F. et TOUYA N. *Refonder les internats spécialisés. Pratiques innovantes en protection de l'enfance*. Paris : Dunod, 2008. 276 p. Protection de l'enfance.

BONTE P. et IZARD M. *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : PUF, 1991.

BORGETTO M., LAFORE R. *Droit de l'aide et de l'action sociales. 7^{ème} édition*. Paris : Editions Montchrestien – Lextenso Editions, 2009. 740 p. Domat Public.

CARADEC V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand Colin, 2008. 127 p. 128 sociologie.

Sous la direction de CHARLEUX F. et GUAQUERE D. *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Evaluation interne : outils, méthodes et mise en œuvre*. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur – ANDESI, 2006. 286 p. Nouvelle édition, collection Actions sociales / Référence.

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1981. 493 p. Points politique.

Sous la direction de EYNARD C., PIOU O. et VILLEZ A. *Conduire le changement en gérontologie. Principes, méthodes et cas pratiques*. Paris : Edition Dunod, 2009. 272 p. Etablissements et services.

EYNARD C., SALON D. *Architecture et gérontologie. Peut on habiter une maison de retraite ?* Paris : L'Harmattan, 2006. 217 p.

FOUCAULT M. *Dits et écrits*, T. III. Paris : Gallimard, 1974.

FOUDRIAT M. *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Rennes : Editions Presses de l'EHESP, 2011. 313 p. Politiques et Interventions Sociales.

GUILLUY C. *Fractures Françaises*, Paris : Ed. François Bourin Editeur, 2010. 194 p. Politique.

KOKH L. *De l'un-stitution*, Paris : Masson, 1979. 200 p. La sphère psychique.

LEBRUN J-P. et un groupe de directeurs. *Y a-t-il un directeur dans l'institution ?* Rennes : Presses de l'EHESP, 2009. 185 p.

MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J.-B. *Le métier de directeur. Techniques et fictions*. Editions ENSP, 1992.

PLOTON L. *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon : Chronique Sociale, 1990.

RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M. *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*. Rennes, Editions de l'EHESP, 2008. 491 p.

RIMBERT G. *Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite*. Bellecombe-en-Bauge : Editions du Croquant, 2011. 260 p. Champ Social.

DE ROSNAY J., SERVAN-SCHREIBER J-L., DE CLOSETS F., SIMONNET D. *Une vie en plus. La longévité, pour quoi faire ?* Paris : Seuil, 2005.

Collectif d'auteurs. *GUIDE D'ELABORATION ET D'EVALUATION DU PLAN BLEU Tome 1 : Gestion d'une canicule en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et en Foyer Logement*. 2008. www.ile-de-france.santé.gouv.fr.

Collectif d'auteurs. *L'enfermement. Actes du colloque franco-néerlandais de novembre 1981*. Lille : Presses Universitaires de Lille, consulté sur le site www.books.google.fr.

Collectif d'auteurs. *Qualité de vie en EHPAD (volet 1)- De l'accueil de la personne à son accompagnement*. 2011. www.anesm.santé.gouv.fr.

DGAS. Référentiel *Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Paris: SFGG, 2007. www.travail-emploi-santé.gouv.fr.

Articles – revues :

DUEE M., REBILLARD C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Consulté sur le site www.insee.fr, rubrique Données sociales – La société française.

GINESTE Y., MARTESCOTTI R. Soins, corps, communication. Consulté sur <http://perso.wanadoo.fr/cec-formation.net>.

MALBEC J-C. Missions du médecin coordonnateur. Consulté sur www.ehpad.org.

OLTRAMARE Y. Réflexions sur la longévité. Consulté sur www.unevieenplus.com.

PARANT Y. Vieillesse et sociétés. Consulté sur www.ined.fr.

TOSQUELLES F. De l'histoire et des histoires dans les pratiques psychiatriques. Non daté. http://aejcpp.free.fr/articles/tosquelles_histoire_psy.htm.

VILLEZ A. EHPAD, la crise des modèles. *Gérontologie et Société*, n° 123, Décembre 2007.

Sites internet consultés :

<http://aejcpp.free.fr>
www.allier.fr
www.anesm.sante.gouv.fr
www.books.google.fr
www.cairn.info
www.ehpad.org
<http://www.espal.net>
www.gouvernement.fr
www.ile-de-france.santé.gouv.fr
www.ined.fr
www.insee.fr
<http://observatoire-territoires-durables.org>
www.pact-arim.org
<http://perso.wanadoo.fr/cec-formation.net>
www.psy.be
www.psychasoc.com
www.senat.fr
www.travail-emploi-sante.gouv.fr
www.unevieenplus.com
www.vosdroits-service-public.fr

Liste des annexes

Annexe 1	Règlement de la commission éthique interne	p. II
Annexe 2	Pictogrammes	p. IV
Annexe 3	Plan Pluriannuel d'Investissement	p. V
Annexe 4	Budget Prévisionnel du cadre de réhabilitation pour la structure centrale à 64 places et pour la création d'une unité distincte de 19 places	p. X
Annexe 5	Budget Prévisionnel pour la gestion du dispositif d'accueil temporaire de Jaligny-sur-Besbre	p. XI
Annexe 6	Fiches projets des dispositifs d'accueil de jour et d'accueil de nuit	p. XII

REGLEMENT DE LA « COMMISSION ETHIQUE » EHPAD LES VIGNES

Le 24 mars 2011

Un choix a été arrêté pour la création d'une commission éthique au sein de l'établissement. Au-delà des convictions professionnelles qui ont permis les conditions de faisabilité de la démarche, cette instance s'inscrit dans les mêmes orientations de la recommandation ANESMS de 2010 sur le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Un tour de table des membres de la commission a été demandé afin de recueillir et préciser les attentes et questionnements portant au règlement de la commission et aux thématiques qui pourront y être abordées.

Il est alors rappeler que cette commission n'a aucune visée disciplinaire qui reste la prérogative de la direction et qu'elle s'inscrit dans une dynamique pédagogique dont le but est uniquement éducatif, au sens d'un accompagnement des situations complexes par un éclairage collégial.

Le cadre du règlement de fonctionnement de la commission est précisé comme tel : (nb : il est également amendé par de nouvelles dispositions et précisions sur proposition du directeur sous couvert de l'accord des membres désignés) :

L'ensemble des sujets abordés émane du terrain, la remontée des informations est nécessaire. Cette instance se réunit de manière réactive selon les événements. Cette commission interne vise à traiter des informations et des observations liées au fonctionnement institutionnel et à tout ce qui a pour nature de perturber les questions de prise en compte et d'accompagnement des usagers.

La commission se réunit dans des conditions distinctes :

Dans le cadre des thématiques programmées selon un calendrier désigné

Dans le cadre d'une situation dite « préoccupante » qui appelle de manière incontournable l'avis de la commission ; cette situation nécessite au préalable que 3 membres au moins puisse acter de la pertinence des événements désignés.

Les membres permanents sont constitués des cadres techniques et des cadres hiérarchiques.

Les membres désignés par les collègues professionnels siégeront sur une période pleine de 1 an.

Afin d'alimenter les débats, il est alors demandé à chaque membre de préciser des thématiques de travail qui selon eux, nécessite de devoir être abordé :

Après des échanges fructueux et constructif, la commission arrête 5 thématiques institutionnelles prioritaires pour les années 2011 et 2012 dans l'énumération qui suit :

1- « Les conditions d'une parole juste en direction des résidents »

Il s'agit d'interroger la manière de s'adresser aux usagers que l'on côtoie chaque jour et par là même de construire une pratique identifiée qui bannit les familiarités, le tutoiement et tout autres écarts de verbiage portant atteinte à la dignité des personnes âgées dépendantes.

2-De temps en temps : « Temps du coucher - Temps du lever - Temps du midi »

Il s'agit de penser les moments clés du quotidien comme des enjeux fondamentaux d'accompagnement tant au niveau des attentions portés que dans la capacité à passer du technique à l'humain.

3-« Du traitement des corps »

Thématique qui qualifie les mécanismes d'obstruction créés par l'organisation de fonctionnement au détriment de la place laissée aux résidents.

4-« Règles d'hygiène et d'humanité »

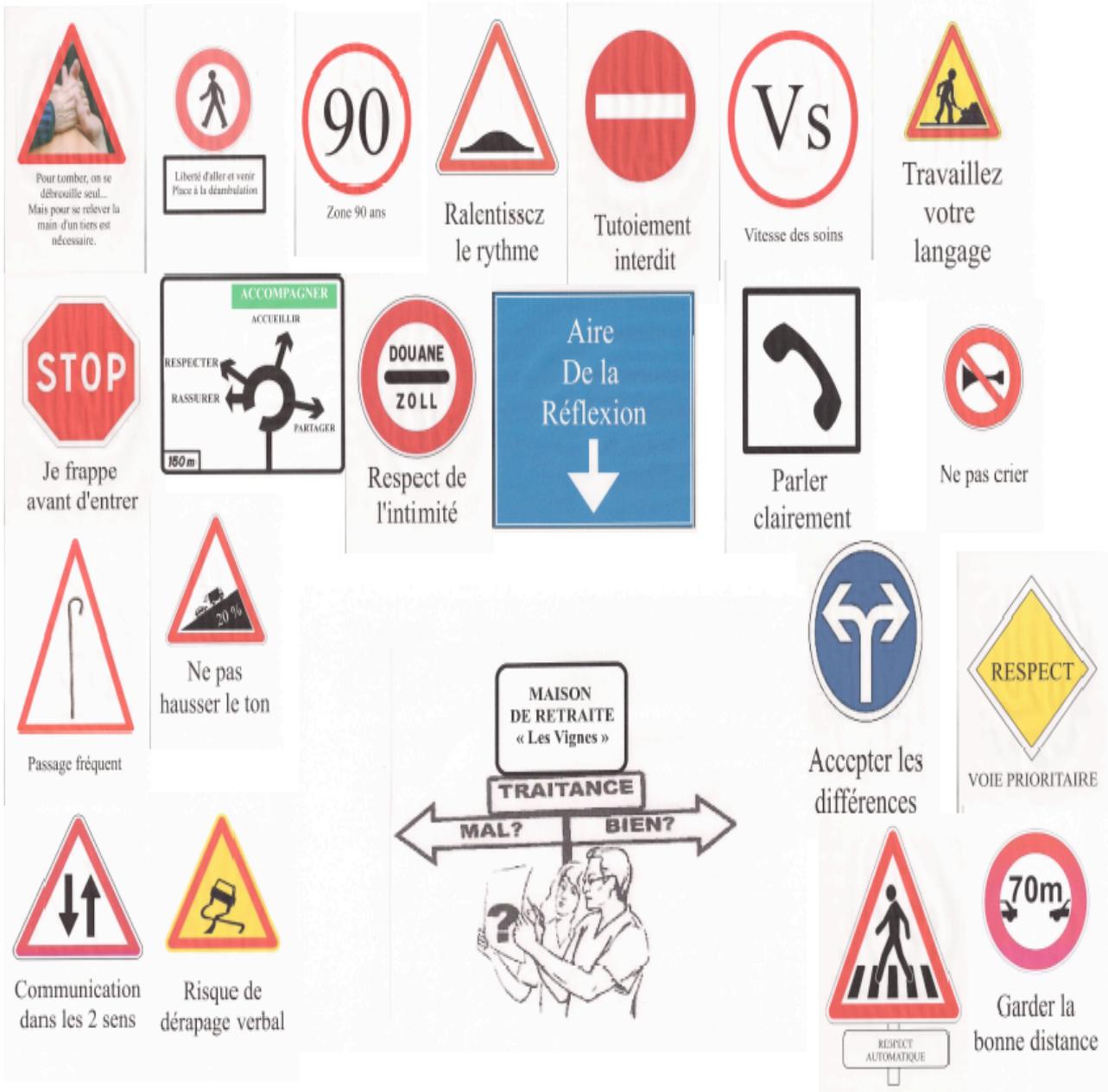
Ce sujet veut aborder les mécanismes de répétition qui sont enjeux dans les moments de toilettes et les dérives pouvant être produites par la recherche prosaïque (banal, ordinaire voir grossière) de gain de temps. Les dérives pouvant porter également sur des humiliations créées par des situations non contrôlées et sur les aspects de vêtue pouvant parfois porter atteinte à la dignité des personnes.

5-« Entraide – Solidarité - Communication »

Visé à appréhender et améliorer l'ensemble des interactions au sein des équipes pluridisciplinaires.

La portée de ce règlement est attachée à la durée des thématiques de travail et sa validation est soumise à l'approbation du directeur et à l'avis des instances représentatives du personnel.

Annexe 2
Pictogrammes



Annexe 3

Plan Pluriannuel d'Investissement

LES VIGNES

PROJET INVESTISSEMENT SEPT 2011

Ancien immeuble : réhabilitation+extension (64 lits)

Nouvel immeuble : rachat terrain+création immeuble (19 lits)

selon devis archi du 1/8/2011

nature travaux	date début amortissement								TOTAL
	01/01/2012	01/01/2013	01/04/2013	01/08/2013	01/12/2013	01/04/2014	01/08/2014	01/12/2014	
réhabilitation			361 443	361 443	421 684	421 684	421 684	421 684	2 409 620
extension		800 124							800 124
PASA		270 000							270 000
groupe electrogène		31 650							31 650
hono maitre œuvre		111 530	36 588	36 588	42 686	42 686	42 686	42 686	355 450
TOTAL	0	1 213 304	398 031	398 031	464 369	464 369	464 369	464 369	3 866 844
construction neuve				1 453 140					1 453 140
accueil J+N				202 000					202 000
hono maitre œuvre				173 790					173 790
				1 828 930					1 828 930
frais donation terrain	20 000								20 000
rachat immeuble	1 000 000								1 000 000
terrain (à valider)	200 000								200 000
frais/rachat	100 000								100 000
cuisine		230 000							230 000
meublier			30 000	30 000	35 000	35 000	35 000	35 000	200 000
inst diverses			30 000	30 000	35 000	35 000	35 000	35 000	200 000
mat bureau			10 000						10 000
vehicule			60 000						60 000
TOTAL AUTRES	1 320 000	230 000	130 000	60 000	70 000	70 000	70 000	70 000	2 020 000
INVEST TOTAL	1 320 000	1 443 304	528 031	2 286 961	534 369	534 369	534 369	534 369	7 715 774

	PLAN DE FINANCEMENT									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT										
RESSOURCES										
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)										
Réserves et provisions des plus-values nettes										
Subventions d'investissement à caractère transférable		1 300 000								
Excédents ou réserves affectés à l'investisist		46 004								
Provisions réglementées sur immobilisations										
Cessions d'actif / Dons et legs en capital										
Nouveaux emprunts 1 (simulation ANADES)										
Nouveaux emprunts 2 (saisie utilisateur)		1 300 000	3 700 000							
Autres dettes financières (dont cautionnements reçus...)										
Amortissements des actifs acquis avant le démarrage du plan	45 258	37 629	2 072	2 072	2 072					
Amortissements des acquisitions du plan										
- Constructions, terrains		27 500	82 552	136 658	154 943	154 943	154 943	154 943	154 943	154 943
- Agencements et aménagements terrains et constructions			27 633	51 680	59 807	59 807	59 807	59 807	59 807	59 807
- Installations, matériel et outillage			48 719	79 293	93 545	93 545	93 545	93 545	93 545	93 545
- Autres (matériel : transport, bureau, informatique, mobilier...)			14 292	27 875	34 000	34 000	34 000	23 500	20 000	20 000
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices										
Comptes de liaison investissement SAGESS				700 000						
Total = A	45 258	2 711 133	3 875 268	997 578	344 366	342 294	342 294	331 794	328 294	328 294
EMPLOIS										
Subvent* d'investissem inscrites au résultat			59 364	59 364	59 364	59 364	59 364	56 936	56 936	56 936
Reprises des réserves de compensat* charges d'amortissem										
Reprises sur provisions réglementées sur immobilisations										
Remboursement des emprunts antérieurs										
Remboursement emprunts du plan 1 (simulation ANADES)										
Remboursement emprunts du plan 2 (saisie utilisateur)		19 567	48 390	80 046	84 049	88 252	92 663	97 297	102 162	107 270
Investissements prévus au plan										
- Constructions, terrains		1 320 000	3 294 706	1 044 828						
- Agencements et aménagements terrains et constructions			458 754	139 311						
- Installations, matériel et outillage			874 204	313 965						
- Autres (matériel : transport, bureau, informatique, mobilier...)			165 000	105 000						
- Immobilisations financières (prêts, cautionns versés...)										
Charges à répartir sur plusieurs exercices										
Comptes de liaison investissement SAGESS					70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000
Total = B		1 339 567	4 900 418	1 742 514	213 413	217 616	222 027	224 233	229 098	234 206
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C	45 258	1 371 566	-1 025 150	-744 936	130 953	124 678	120 267	107 561	99 196	94 088
FRI INITIAL D	121 589	166 847	1 538 413	513 263	-231 673	-100 720	23 958	144 224	251 785	350 981
FRI CUMULE D + C = E	166 847	1 538 413	513 263	-231 673	-100 720	23 958	144 224	251 785	350 981	445 069

ANADES 2007

	PLAN DE FINANCEMENT									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION										
RESSOURCES										
Dotations aux provisions réglementées et pour charges										
Reprise des déficits d'exploitation										
Résultat d'exploitation prévisionnel excédentaire	93 462	231 373	58 722							
Total = F	93 462	231 373	58 722							
EMPLOIS										
Reprise à l'investissement des réserves de couverture du BFR										
Prélèvement sur les réserves de compensation :										
- des déficits										
Affectation des excédents d'exploitation :										
- à la réduction des charges et aux mesures d'exploitat*										
Affectation des excédents à l'investissement										
Reprise sur provisions pour risques et charges										
Résultat d'exploitation prévisionnel déficitaire				178 562	22 196	64 976	55 963	38 202	24 824	14 646
Total = G				178 562	22 196	64 976	55 963	38 202	24 824	14 646
VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H	93 462	231 373	58 722	-178 562	-22 196	-64 976	-55 963	-38 202	-24 824	-14 646
FRE INITIAL = I	16 434	109 896	341 269	399 991	221 429	199 233	134 257	78 294	40 092	15 268
FRE CUMULE I + H = J	109 896	341 269	399 991	221 429	199 233	134 257	78 294	40 092	15 268	622
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE E + J	276 743	1 879 682	913 254	-10 244	98 513	158 215	222 518	291 877	366 249	445 691

	PLAN DE FINANCEMENT									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BESON EN FONDS DE ROULEMENT										
AUGMENTATIONS										
Stocks : effet volume et/ou prix										
Créances : augmentation (effets délais - volume - prix)										
Dettes : diminution (effets délais - volume - prix)										
Reprise sur dépréciations des stocks et créances										
Comptes de liaison du cycle d'exploitation										
Total = L										
DIMINUTIONS										
Réduction des stocks										
Créances : diminution (effets délais - volume - prix)										
Dettes : augmentation (effets délais - volume - prix)										
Dotations aux dépréciations de stocks et créances										
Comptes de liaison du cycle d'exploitation										
Total = L										
VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M										
BFR INITIAL N	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192
BFR CUMULE N + M = O	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192	-65 192

VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE C + H - M = P	138 720	1 602 939	-966 428	-923 498	108 757	59 702	64 304	69 359	74 372	79 442
TRESORERIE INITIALE	203 215	341 935	1 944 874	978 446	54 948	163 705	223 407	287 710	357 069	431 441
TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE	341 935	1 944 874	978 446	54 948	163 705	223 407	287 710	357 069	431 441	510 883
Variation des fournisseurs d'immobilisations										
Variation des autres postes de financements à court terme										
LIQUIDITES DEBUT DE PERIODE	203 215	341 935	1 944 874	978 446	54 948	163 705	223 407	287 710	357 069	431 441
Montant des liquidités minimales souhaitées										
MONTANT DES LIQUIDITES EN FIN D'EXERCICE	341 935	1 944 874	978 446	54 948	163 705	223 407	287 710	357 069	431 441	510 883

Programme d'investissement

Bien	Catégorie	Coût	Budget	Année	Mois	Mode Amort.	Durée	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
								N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+6	N+7	N+8	N+9	N+10	
achat batiment	Constructions sur sol propre	1 000 000	Budget principal	2012	janv	L	40		25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	
achat terrain	Terrains	200 000	Budget principal	2012	janv	L												
frais notaire sur achat batiment	Constructions sur sol propre	100 000	Budget principal	2012	janv	L	40		2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	708 992	Budget principal	2013	janv	L	40			17 725	17 725	17 725	17 725	17 725	17 725	17 725	17 725	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	177 248	Budget principal	2013	janv	L	20			8 862	8 862	8 862	8 862	8 862	8 862	8 862	8 862	
renovation maison+extension	Installations, matériel et outillage t	177 248	Budget principal	2013	janv	L	15			11 817	11 817	11 817	11 817	11 817	11 817	11 817	11 817	
renovation maison+extension	Agencements et aménagements (ter	149 816	Budget principal	2013	janv	L	10			14 982	14 982	14 982	14 982	14 982	14 982	14 982	14 982	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	238 819	Budget principal	2013	avr	L	40			4 478	5 970	5 970	5 970	5 970	5 970	5 970	5 970	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	59 704	Budget principal	2013	avr	L	20			2 239	2 985	2 985	2 985	2 985	2 985	2 985	2 985	
renovation maison+extension	Installations, matériel et outillage t	59 704	Budget principal	2013	avr	L	15			2 985	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	
renovation maison+extension	Agencements et aménagements (ter	39 804	Budget principal	2013	avr	L	10			2 985	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	238 819	Budget principal	2013	août	L	40			2 488	5 970	5 970	5 970	5 970	5 970	5 970	5 970	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	59 704	Budget principal	2013	août	L	20			1 244	2 985	2 985	2 985	2 985	2 985	2 985	2 985	
renovation maison+extension	Installations, matériel et outillage t	59 704	Budget principal	2013	août	L	15			1 658	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	
renovation maison+extension	Agencements et aménagements (ter	39 804	Budget principal	2013	août	L	10			1 659	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	3 980	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	278 621	Budget principal	2013	dec	L	40			580	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	69 655	Budget principal	2013	dec	L	20			290	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	
renovation maison+extension	Installations, matériel et outillage t	69 655	Budget principal	2013	dec	L	15			387	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
renovation maison+extension	Agencements et aménagements (ter	46 437	Budget principal	2013	dec	L	10			387	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	278 621	Budget principal	2014	avr	L	40			5 224	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	69 655	Budget principal	2014	avr	L	20			2 612	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	
renovation maison+extension	Installations, matériel et outillage t	69 655	Budget principal	2014	avr	L	15			3 483	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
renovation maison+extension	Agencements et aménagements (ter	46 437	Budget principal	2014	avr	L	10			3 483	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	278 621	Budget principal	2014	août	L	40			2 902	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	69 655	Budget principal	2014	août	L	20			1 451	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	
renovation maison+extension	Installations, matériel et outillage t	69 655	Budget principal	2014	août	L	15			1 935	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
renovation maison+extension	Agencements et aménagements (ter	46 437	Budget principal	2014	août	L	10			1 335	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	278 621	Budget principal	2014	dec	L	40			580	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	6 966	
renovation maison+extension	Constructions sur sol propre	69 655	Budget principal	2014	dec	L	20			290	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	3 483	
renovation maison+extension	Installations, matériel et outillage t	69 655	Budget principal	2014	dec	L	15			387	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
renovation maison+extension	Agencements et aménagements (ter	46 437	Budget principal	2014	dec	L	10			387	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	4 644	
maison neuve	Constructions sur sol propre	1 280 251	Budget principal	2013	août	L	40			13 336	32 006	32 006	32 006	32 006	32 006	32 006	32 006	
maison neuve	Constructions sur sol propre	182 893	Budget principal	2013	août	L	20			3 810	9 145	9 145	9 145	9 145	9 145	9 145	9 145	
maison neuve	Installations, matériel et outillage t	182 893	Budget principal	2013	août	L	15			5 080	12 193	12 193	12 193	12 193	12 193	12 193	12 193	
maison neuve	Agencements et aménagements (ter	182 893	Budget principal	2013	août	L	10			7 621	18 289	18 289	18 289	18 289	18 289	18 289	18 289	
frais donatoin terrain	Terrains	20 000	Budget principal	2012	janv	L												
agencement cuisine	Installations, matériel et outillage t	230 000	Budget principal	2013	janv	L	10			23 000	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000	23 000	
meuble	Mobilier	30 000	Budget principal	2013	avr	L	10			2 250	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	
meuble	Mobilier	30 000	Budget principal	2013	août	L	10			1 250	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	
meuble	Mobilier	35 000	Budget principal	2013	dec	L	10			292	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
meuble	Mobilier	35 000	Budget principal	2014	avr	L	10			2 625	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
meuble	Mobilier	35 000	Budget principal	2014	août	L	10			1 458	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
meuble	Mobilier	35 000	Budget principal	2014	dec	L	10			292	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
installations diverses	Installations, matériel et outillage t	30 000	Budget principal	2013	avr	L	10			2 250	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	
installations diverses	Installations, matériel et outillage t	30 000	Budget principal	2013	août	L	10			1 250	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	
installations diverses	Installations, matériel et outillage t	35 000	Budget principal	2013	dec	L	10			292	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
installations diverses	Installations, matériel et outillage t	35 000	Budget principal	2014	avr	L	10			2 625	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
installations diverses	Installations, matériel et outillage t	35 000	Budget principal	2014	août	L	10			1 458	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
installations diverses	Installations, matériel et outillage t	35 000	Budget principal	2014	dec	L	10			292	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	
matériel de bureau	Matériel de bureau et informatique	10 000	Budget principal	2013	avr	L	5			1 500	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
vehicules	Matériel de transport	60 000	Budget principal	2013	avr	L	5			9 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	
Total des amortissements par année										27 500	173 196	295 506	342 294	342 294	342 294	331 794	328 294	328 294
Programme d'investissement par année																		
Constructions, terrains										1 320 000	3 294 706	1 044 828						
Agencements et aménagements terrains et constructions											458 754	139 311						
Installations, matériel et outillage											874 204	313 965						
Autres (matériel de transport, matériel bureau, informatique, mobilier...)											165 000	105 000						
Total annuel										1 320 000	4 792 664	1 603 104						

Annexe 4

Budget Prévisionnel du cadre de réhabilitation pour la structure centrale à 64 places et pour la création d'une unité distincte de 19 places

Comptes de résultat prévisionnels par groupes fonctionnels EHPAD LES VIGNES											
	Rappel Budget 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
GROUPE I Charges afférentes à l'exploitation courante	280 642	283 448	286 283	334 146	337 487	427 162	431 434	435 748	440 106	444 507	448 952
GROUPE II Charges afférentes au personnel	1 560 396	1 576 000	1 591 760	1 679 878	1 726 676	2 149 943	2 171 443	2 193 157	2 215 089	2 237 239	2 259 612
GROUPE III Charges afférentes à la structure hors amortissements et frais financiers	325 925	279 656	60 880	68 080	68 180	68 280	122 880	123 880	124 480	125 180	125 880
Dotations aux amortissements	46 269	45 258	65 129	175 268	297 578	344 366	342 294	342 294	331 794	328 294	328 294
Frais financiers			65 000	156 521	245 209	241 208	237 005	232 592	227 959	223 094	217 986
A- Total des charges de l'exercice	2 166 963	2 184 362	2 069 052	2 413 892	2 675 131	3 230 959	3 305 055	3 327 671	3 339 427	3 358 314	3 380 723
GROUPE I Produits de la tarification et assimilés	2 171 614	2 193 532	2 215 467	2 327 622	2 350 898	3 062 407	3 093 031	3 123 962	3 155 201	3 186 753	3 218 621
GROUPE II Autres produits relatifs à l'exploitation	65 820	66 478	67 143	67 814	68 493	69 177	69 869	70 568	71 274	71 986	72 706
GROUPE III Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables	17 814	17 814	17 814	77 178	77 178	77 178	77 178	77 178	74 750	74 750	74 750
B- Total des produits de l'exercice	2 255 448	2 277 824	2 300 424	2 472 615	2 496 569	3 208 763	3 240 079	3 271 708	3 301 225	3 333 490	3 366 077
Résultat prévisionnel (B - A)	88 485	93 462	231 373	58 722	-178 562	-22 196	-64 976	-55 963	-38 202	-24 824	-14 646

ANADES 2007

Annexe 5

Budget Prévisionnel pour la gestion du dispositif d'accueil temporaire de Jaligny-sur-Besbre

BUDGET PREVISIONNEL 2013 2014 2015

N° Cpte:		2013				2014*				2015*			
		H	D	S		H	D	S		H	D	S	
6061	eau électricité gaz	19000	15000			15075	15075			15150	15150		
6061	chauffage	4000	4000			4020	4020			4040	4040		
6062	produits pharmaceutiques												
6062	petit matériel médical												
6062	protection incontinence												
6062	habillement												
6062	produits d'entretien	4000	3800	1200		4020	2834	1206		4040	2828	1212	
6062	produits lessivels												
6062	alimentation												
6062	fournitures hôtelière												
6063	fournitures et petits matériels	1500	1500			1508	1508			1515	1515		
6064	fournitures et bureau												
6064	fournitures informatiques												
6067	fournitures de loisirs- animation	2000	2000			2010	2010			2020	2020		
	sous classe 60	26500	25300	1200		26633	25427	1206		26765	25593	1212	
6111	consultation spécialisés												
6111	traitement déchets												
6132	location immobilière	35000	35000			35175	35175			35350	35350		
6140	charges locatives												
6152	entretien des espaces verts	1500	1500			1508	1508			1515	1515		
6152	entretien des bâtiments	1000	1000										
6155	entretien des matériaux médicaux												
6155	entretien des matériel de bureau												
6155	entretien des autres matériels												
6156	maintenance	5000	5000			5025	5025			5050	5050		
6161	assurance multirisques	500	500			503	503			506	506		
6185	responsabilité civile	500	500			503	503			506	506		
6181	cotisations diverses												
	sous classe 61	43500	43500			42714	42714			42927	42927		
6226	honoraires												
6234	cadeaux												
6251	voyages et déplacement												
6263	affranchissement	600	600			603	605			606	606		
6265	liaison téléphoniques	3500	3500			3518	3518			3536	3536		
6278	frais bancaires												
6281	blanchissage à l'extérieur												
6282	alimentation à l'extérieur	40000	40000			40200	40200			40401	40401		
	personnel extérieur	44100	44100			44321	44321			44543	44543		
631-633-664	charges de personnel	196344	142802	53542		197326	149516	53810		198313	144234	54079	
6351	taxe d'habitation												
6370	autres impôts et taxes	3000	3000			3015	3015			3030	3030		
	sous classe 63	199344	145802	53542		200341	146531	53810		201343	147264	54079	
6535	quote part des services gérés en com.	9700	9700			9749	9749			9798	9798		
	sous classe 65	9700	9700			9749	9749			9798	9798		
66	charges financières												
	sous classe 66												
6874	provisions pour réparations												
68	frais 1er établissement	5000	5000			5025	5025			5050	5050		
68	dotations am hébergement	27843	27843			27843	27843			27843	27843		
68	dotations am dépendance												
68	dotations am soins												
	sous classe 68	32843	32843			32868	32868			32893	32893		
Total Gen.		355917	301245	54742		356626	301610	55016		358269	302978	55291	
N° de cpte	Classe 7 produits de la tarification	355 917				356 626				358 269			



* Application d'un taux directeur de 0,5 par année
H: Hébergement
D: Dépendance
S: Soins

Annexe 6

Fiches projets des dispositifs d'accueil de jour et d'accueil de nuit

• **Création d'une unité d'accueil de jour pour accueillir 6 personnes**

Cette unité d'accueil de jour sera indépendante de l'établissement, dans le sens où il y aura une entrée identifiée, et des lieux propres à cette activité. Ceci afin que les personnes accueillies et leurs familles ne confondent pas l'entrée en institution et l'accompagnement d'un accueil de jour.

Cette unité d'accueil de jour accueillera des personnes présentant la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ce lieu d'accueil et d'accompagnement favorisera le soutien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il sera un répit pour les aidants, il permettra de rompre l'isolement tant du malade que de sa famille.

Il pourra accueillir les personnes vivant à domicile une journée ou une demi-journée une fois ou plusieurs fois par semaine du lundi au vendredi, à partir de 9h00 jusqu'à 17h00. L'accueil de jour ne sera pas ouvert les jours fériés.

La politique d'admission se fera soit par orientation d'un médecin (traitant, hospitalier, réseau mémoire, etc.), soit par une demande de la famille étudiée par le médecin coordonnateur. Il s'agira de personnes du secteur local. Les personnes accueillies pourront relever du GIR 1 à GIR 5.

Une visite de l'accueil de jour sera proposée à la personne ainsi qu'à sa famille et 2 membres de l'équipe de l'EHPAD (psychologue, AMP) se rendront au domicile de la personne pour connaître son univers quotidien.

Un projet individuel sera établi, ainsi qu'un contrat de séjour.

Une coordination devra être mise en œuvre avec les intervenants qui accompagnent la personne accueillie (aide à domicile, infirmière, etc.).

Le transport pourra être effectué par l'EHPAD, si besoin, en utilisant le minibus. Ceci pour favoriser l'accès des personnes étant donné que nous sommes au sein d'un milieu rural peu desservi par les transports collectifs.

Les objectifs seront :

⇒ D'accompagner, soutenir et soulager l'aidant familial.

C'est apporter un soutien, une écoute, offrir un lieu de parole avec l'appui de professionnels. Des modules pourront leur être proposés un après-midi une fois par mois afin de les aider, les écouter. Ces modules, qui pourront être animés par

le médecin coordonnateur, la psychologue, l'infirmière, l'assistante sociale, etc., informeront davantage sur des thématiques spécifiques comme la maladie, la nutrition, l'agressivité, la déambulation, l'animation, les mesures de protections juridiques, etc.

C'est apporter un moment de répit dans leur quotidien. Pouvoir faire une pause et vaquer à ses occupations l'esprit libre et autant qu'il se peut, serein.

C'est les aider à apprendre à se détacher aussi, pour pouvoir continuer l'accompagnement sans épuisement, prendre soin de soi, etc.

⇒ D'accompagner les personnes accueillies.

Dans un cadre agréable, propice à la convivialité et au partage, offrir des activités individuelles et collectives, favoriser et stimuler le lien social.

Il s'agira d'élaborer un projet individuel d'aide adapté en tenant compte de l'environnement social de chaque personne accueillie et du stade d'évolution de la maladie. L'accompagnement s'attachera à stimuler les fonctions cognitives et maintenir les potentiels d'autonomie encore existants.

Les activités proposées s'appuieront sur le plaisir de l'instant présent afin d'en faire un moment agréable : jeux, discussion autour d'un café, préparation culinaire, partage du repas, musique, lecture de journal, conte, activités manuelles (atelier peinture, mosaïque), relaxation, jardinage, etc. Il pourra également être organisé des activités sur l'extérieur : sorties piscine, promenades, visites, etc.

Les personnes intervenantes à l'accueil de jour seront 2 AMP, la psychologue, 1 art thérapeute, le médecin coordonnateur, une infirmière (pour la distribution des médicaments ou soins), l'agent d'accueil, 1 agent de service (pour l'entretien).

L'EHPAD adhère au réseau Mémoire Allier et a déjà accueilli en son sein l'atelier mémoire que ce dernier propose, animé par la neuropsychologue. Cet atelier s'est déroulé en parti avec des résidents de l'EHPAD et en parti avec des personnes âgées extérieures à l'EHPAD suivies par le réseau mémoire. Ceci a déjà permis de créer des liens et une coordination.

• **Création d'un accueil de nuit pour 2 personnes**

Cet accueil sera dédié aux personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile afin de leur permettre d'y rester le plus longtemps possible, si tel est leur souhait.

Il s'agira des personnes :

- qui sont isolées et ont besoin d'une surveillance la nuit
- les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés afin de soulager l'aidant ponctuellement afin que ce dernier puisse se reposer et éviter l'épuisement.

L'admission se fera après étude du dossier par le médecin coordonnateur et la Direction.

Cet accueil innovant correspond au constat suivant sur notre secteur: bon nombre de résidents entrent en établissement parce qu'ils ont besoin d'une aide la nuit ou d'une surveillance et qu'ils sont confrontés au fait qu'ils ont des difficultés importantes pour trouver quelqu'un pour la nuit et le coût que cela représente est bien souvent trop onéreux pour eux lorsqu'il s'ajoute à ceux des services qu'ils ont sur la journée.

Cet accueil répond à la fiche action N°9 du schéma départemental.

L'accueil s'effectuera au sein de l'EHPAD qui disposera de 2 chambres individuelles, plus réduites en surface que celles de l'hébergement permanent. Les chambres seront équipées d'un espace de soins d'hygiène communs (WC, douche, lavabo).

Soit les personnes organisent le transport par leur propre moyen, soit elles pourront bénéficier du transport grâce au minibus de l'EHPAD. Le circuit de transport pouvant être mutualisé avec celui de l'accueil de jour. Ce qui limite les coûts.

Le service sera ouvert tous les jours de la semaine.

Les personnes arriveront à l'accueil de nuit à partir de 18h00 et repartiront au plus tard à 9h30 le lendemain.

Les personnes bénéficieront du repas du soir et du petit déjeuner le lendemain matin. Pour les soins, si besoin les IDE libérales, les auxiliaires de vie ou le SSIAD pourront intervenir, comme au domicile des personnes au sein de l'EHPAD, avant le retour des personnes à leur domicile principal. La prise de médicaments, si elle nécessite une aide, sera délivrée par l'IDE de l'EHPAD.

La nuit ils bénéficieront de l'accompagnement délivré par l'Aide-soignante et l'Agent de service de l'EHPAD.

Ce service demande une coordination efficace avec le service d'aide à domicile, le médecin, la famille, les services de soins libéraux, etc.

MARIE

Olivier

Septembre 2011

Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

CENTRE DE FORMATION : ARAFDES

RECOMPOSER L'OFFRE DES SERVICES D'UN EHPAD EN PRIVILEGIANT DES UNITES DE VIE INTEGREES AU TERRITOIRE RURAL

Résumé :

Nous nous attacherons à rendre compte de l'élaboration d'un projet de restructuration et d'extension d'un EHPAD en milieu rural, en tenant compte de l'antériorité d'une démarche de changement non aboutie. A travers ces points, il s'agit d'interroger les pérégrinations des modèles institutionnels EHPAD existant ainsi que la construction et l'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées dépendantes afin de bien centrer les orientations à prendre en vue des perspectives de changement.

De même, sont abordées les différentes natures du projet de soins en EHPAD afin de cibler, retenir et prolonger au cadre institutionnel futur, un ensemble de prestations caractéristiques au fonctionnement actuel, privilégiant le soin relationnel et le champ de la parole comme vecteurs d'accompagnements majeurs auprès des usagers de l'établissement.

S'en suivent alors des propositions d'accompagnement au changement et à la réorganisation institutionnelle basée sur une volonté d'échelle de proximité, d'implantation sur un territoire rural par la création et la gestion d'unités éclatées afin de favoriser les possibles d'un parcours résidentiel, les mouvements et la circulation des équipes pluridisciplinaires.

Mots clés :

EHPAD – Pratiques professionnelles – Accompagnement - Soins relationnels - Clinique - Proximité - Circulation – Territoire - Co construction -

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.