



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES**

**Promotion 2006**

**Personnes âgées**

---

**IMPULSER UNE LOGIQUE DE DOMICILE EN EHPAD  
POUR PRÉSERVER LA CONTINUITÉ IDENTITAIRE  
DE LA PERSONNE ÂGÉE**

**Chantal COUTADEUR**

---

# Sommaire

---

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LES PERSONNES ACCUEILLIES EN EHPAD FACE AUX RISQUES DE PERTE IDENTITAIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Les personnes âgées : Fragilisées par leur grand âge, leurs dépendances et leur choix contraint d’entrer en institution.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Processus de vieillissement et risques de perte d’identité. ....	3
1.1.2 La démographie et les caractéristiques de la population de l’EHPAD Delante, représentatifs des caractéristiques nationales. ....	5
1.1.3 La dépendance s’évalue dans un contexte environnemental .....	9
<b>1.2 L’EHPAD Delante : Un lieu d’hébergement confronté aux risques de fragilisation identitaire des personnes accueillies. ....</b>	<b>11</b>
1.2.1 De 1926 à 2006. : D’une logique hospitalière vers un accompagnement global de la personne âgée, en conformité avec la législation. ....	11
1.2.2 L’EHPAD Delante, un établissement rural dans un contexte favorable aux dispositifs de maintien à domicile et à la diversification des modes d’accueil.....	13
1.2.3 Les réticences à venir vivre en EHPAD : les représentations négatives des maisons de retraite, et la prise de conscience d’intégrer le dernier domicile. ....	16
<b>1.3 Le réseau relationnel se transforme difficilement en raison du manque d’ouverture de l’EHPAD.....</b>	<b>19</b>
1.3.1 La place de la personne âgée dans la famille se modifie avec le temps .....	19
1.3.2 La personne âgée et son choix de vie. ....	23
1.3.3 La rupture avec le domicile : la continuité de vie mise en danger.....	26
<b>2 LA MAISON DE RETRAITE DELANTE : UN HEBERGEMENT COLLECTIF EN RUPTURE AVEC LE MODE DE VIE ANTERIEUR. LE MAINTIEN DE L’IDENTITE DU RESIDANT MIS EN DANGER PAR LA VIE INSTITUTIONNELLE.....</b>	<b>30</b>
<b>2.1 Les besoins des usagers repérés par les professionnels, face à des attentes peu exprimées. ....</b>	<b>30</b>
2.1.1 Le recueil des besoins de la population Seniors. ....	30

2.1.2	La phase d'entrée en maison de retraite, une anticipation difficile qui ne prépare pas la personne à recréer son foyer identitaire. ....	33
2.1.3	L'hébergement actuel à la maison de retraite Delante créant rupture avec le mode d'habitat à domicile, la perte du chez soi en EHPAD et les contraintes de la collectivité.....	35
<b>2.2</b>	<b>L'individualité dans l'accompagnement, un vecteur d'identité dans la vie quotidienne. L'EHPAD Delante dans l'émergence d'une politique du libre choix. ....</b>	<b>38</b>
2.2.1	L'accompagnement dispensé actuellement à la maison de retraite Delante manque de moyens et de perspectives pour être suffisamment personnalisé....	38
2.2.2	La synergie du travail des professionnels de l'EHPAD et des acteurs extérieurs, au service du maintien identitaire : Une dynamique difficile à mettre en œuvre.....	40
2.2.3	L'accompagnement des personnes âgées dans les politiques publiques. Vers une politique du libre choix, des réponses plus ajustées au maintien identitaire.	43
<b>2.3</b>	<b>Les équipes professionnelles : un potentiel à valoriser vers un accompagnement plus personnalisé de chaque résident.....</b>	<b>47</b>
2.3.1	L'évolution des compétences professionnelles, la GPEC a permis des formations qualifiantes, mais la professionnalisation est à poursuivre. ....	47
2.3.2	Autonomie et gestion du risque à l'EHPAD Delante, une culture ancienne à valoriser, à resituer dans le référentiel métier de chacun selon sa fonction. ....	49
2.3.3	Le management du changement à mener dans la perspective de l'individualisation de l'accompagnement, un mouvement initié depuis 2002 qui doit être poursuivi et formalisé. ....	52
<b>3</b>	<b>UN PROJET DE VIE CENTRE SUR LA CONTINUITE IDENTITAIRE DU RESIDANT DANS UN NOUVEL ESPACE FONCTIONNEL, LE DOMICILE EN MAISON DE RETRAITE. ....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>La conception de la nouvelle structure : un projet devant être partagé, et élaboré avec tous les acteurs, sur un territoire.....</b>	<b>56</b>
3.1.1	Un projet soutenu par le Conseil d'Administration, le Conseil Général et les services de l'Etat, et élaboré avec les professionnels de l'EHPAD.....	56
3.1.2	Les orientations du programme technique détaillé, des décisions de restructuration pour un accompagnement dans l'esprit du domicile. ....	58
3.1.3	L'agrandissement de l'EHPAD dans le territoire Nord Sarthe, une situation géographique rurale dans un environnement local.....	60

<b>3.2</b>	<b>Une structure de vie ouverte dans la cité, des transformations à effectuer pour un habitat mieux adapté à l'accompagnement dans le respect du désir de chaque résident.....</b>	<b>63</b>
3.2.1	Construire un établissement accueillant, reconstituant un esprit de vie familial chaleureux. ....	63
3.2.2	L'accueil diversifié, des alternatives au tout institutionnel pour choisir son mode vie. ....	66
3.2.3	Renforcer les liens entre l'établissement et la vie du réseau local.....	68
<b>3.3</b>	<b>Un projet architectural au service du projet de vie, donner les moyens organisationnels et structurels au changement.....</b>	<b>70</b>
3.3.1	Reconstruction et réhabilitation architecturales au service du maintien identitaire de la personne accueillie.....	70
3.3.2	La situation financière de l'établissement : des possibilités d'investissement larges, mais les amortissements sont à la charge du résident. ....	73
3.3.3	La temporalité du projet : un « iceberg » dont la préparation, peu visible actuellement, représente un long préalable minutieux dont dépendent la réussite et la pertinence garanties dans la durée.....	76
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>81</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>		<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	Autonomie Groupe Iso Ressource
ALMA	Allo Maltraitance
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
AMO	Assistant à Maîtrise d'Ouvrage
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AS	Aide-Soignant(e)
ASH	Agent des Services Hospitaliers
AMP	Aide Médico-Psychologique
ASSAD	Association de Services de Soutien à Domicile
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité Autonomie
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CODERPA	Comité Départemental de Retraités et Personnes Agées
CREDOC	Centre de Recherche et d'Observation pour l'Etude des Conditions de Vie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EVSI	Espérance de Vie sans Incapacité
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	Gir Moyen Pondéré
HID	Handicap Incapacité Dépendance
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes
MARTHE	Mission Interministérielle d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des Personnes Agées
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
UPAD	Unité pour Personnes Agées Désorientées

## INTRODUCTION

Notre époque est sans conteste celle de la longévité et nous invite à reconsidérer la succession d'étapes qui jalonne la vie de chacun, notamment lorsque celle-ci se prolonge et ajoute des années inconnues, où les capacités s'amointrissent.

Vivre centenaire n'est plus une exception, mais il reste à inventer, adapter une place pour les plus âgés, dont le nombre grandissant s'impose comme une chance, mais également comme un défi économique dans l'équilibre entre actifs et retraités d'une même société.

Indissociable des constructions relationnelles, sociales, professionnelles, familiales, l'identité se construit tout au long de la vie, tissant de manière unique, en toile de fond, la personnalité de l'adulte âgé qui, un jour, sera amené à solliciter une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dites dépendantes.

L'entrée en institution, avec la perte du domicile et des repères identitaires que cela constitue trop souvent, touche les personnes âgées comme les familles. L'équilibre d'un système est rompu par l'hébergement, où la place de chacun est modifiée, ainsi que la situation de la personne accueillie dans un nouvel environnement.

Si l'entrée en institution n'est pas inéluctable, grâce au développement des services de maintien à domicile, à l'aide des proches, il arrive cependant que cette phase soit nécessaire, bien que non acceptée. Le souhait de rester à domicile doit être entendu, tant il est fréquent, générateur de souffrances pour les personnes elles-mêmes et leurs familles.

Il vient interroger la pertinence de la prestation d'offre de service des établissements, en la resituant face aux besoins des personnes âgées, dans le contexte des politiques publiques vieilleses.

La législation a pris en compte la prise en charge médicale et celle de la dépendance, en transformant les maisons de retraite en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Initiée par la loi du 24 janvier 1997, et précisée par l'arrêté du 26 avril 1999, cette convention tripartite, entre le Département, l'Etat, et l'établissement, représente un engagement de qualité, de services et de moyens, signés pour cinq ans.

Ainsi, la maison de retraite Delante, que je dirige depuis mai 2002, a suivi cette évolution en devenant EHPAD en décembre 2004. Cet établissement public rural, au centre d'un village Sarthois, a su évoluer en fonction des besoins d'usagers issus du tissu local, qui choisissaient d'entrer à la maison de retraite Delante pour rompre la solitude, ou pour des raisons de santé, dans un environnement connu et rassurant.

L'EHPAD Delante accueille, maintenant, des personnes dont l'origine géographique, sociale, varie et qui sont de ce fait plus déracinées et déstabilisées par l'entrée dans notre institution.

A ce jour, les personnes âgées accueillies à la maison de retraite Delante subissent une rupture importante dans leur parcours de vie due à plusieurs facteurs. Les futurs résidents arrivent dans un choix contraint, n'ont pas décidé de leur entrée en institution, et ne parviennent pas à préparer cette étape avec leur famille, elle aussi dans le désarroi de la situation d'urgence.

Les professionnels de l'établissement, confrontés à la soudaineté de l'entrée, ne parviennent pas à instaurer le dialogue nécessaire au travail commun d'accompagnement, et se trouvent face à un inconnu dont il est difficile d'anticiper les besoins.

La structure actuelle précipite le résident dans un rythme collectif, où il risque de perdre ses repères identitaires, sans que l'on puisse l'aider à réaménager sa vie.

L'objet de cette étude consistera donc à faire un diagnostic de l'accompagnement à l'EHPAD Delante, et des possibilités et limites de l'établissement actuel face à ces nouveaux besoins. Dans la perspective du maintien identitaire des résidents, malgré la collectivité, j'examinerai les possibilités d'un accompagnement individualisé, s'inspirant du mode de vie passé de chacun, pour reconstruire, ensemble, une part de ce qu'était son domicile, dans l'EHPAD Delante.

Dans une première partie, j'envisage d'étudier les caractéristiques des personnes âgées actuelles, à travers le risque de perte du maintien identitaire. Mon regard se portera sur le repérage des manques vis-à-vis des nouveaux besoins, en partant du point de vue de l'utilisateur.

Dans un deuxième temps, j'envisagerai les possibilités de l'EHPAD et de l'accompagnement, en repérant les manques dans l'offre et les limites qui l'expliquent, ainsi que le potentiel utilisable vers un changement se rapprochant d'une vie à domicile.

Enfin, en troisième partie, je ferai une proposition de changement dans les domaines utiles à combler les écarts entre les nouveaux besoins et l'offre de service. J'évaluerai les moyens à mobiliser, et ferai des propositions de transformations et d'accompagnement du changement.

# 1 LES PERSONNES ACCUEILLIES EN EHPAD FACE AUX RISQUES DE PERTE IDENTITAIRE.

## 1.1 Les personnes âgées : Fragilisées par leur grand âge, leurs dépendances et leur choix contraint d'entrer en institution.

### 1.1.1 Processus de vieillissement et risques de perte d'identité.

La notion de vieillesse et le vieillissement de la population.

Le vieillissement de la population est un problème mondial qui touche l'équilibre démographique des pays, mais également chacun de nous dans son être intime. « *Le vieillissement est un phénomène biologique universel et inéluctable. La vieillesse est un phénomène culturel, une création humaine.* »<sup>1</sup> Ainsi, on n'échappe pas à son propre vieillissement, mais la notion de vieillesse ouvre l'espace des représentations et catégorisations dans lesquelles sont placés les individus vers la fin de leur vie.

Le vocabulaire lié à la gérontologie s'est largement diversifié, sans pour autant apporter de définition précise de la vieillesse. La question de l'âge y est inévitablement associée, mais ne peut être seule déterminante pour qualifier un individu de « personne âgée » « *En fait, la vieillesse ne peut être définie de manière satisfaisante, parce qu'elle n'est pas une donnée, mais une construction, historique et culturelle.* »<sup>2</sup>

Parmi les dénominations stigmatisant cette tranche d'âge de la population, le terme « âgisme » est apparu en 1989 dans le « Petit Larousse Illustré ». Sa définition montre bien dans quel contexte social particulier se situent les personnes dites âgées aujourd'hui : « *Discrimination ou ségrégation à l'encontre des personnes du fait de leur âge.* »

Les « vieux » sont ainsi regroupés dans des catégories auxquelles on attribue des caractéristiques négatives, opposées aux valeurs que prône notre société occidentale, en faveur d'une jeunesse perpétuelle, porteuse de dynamisme, bonne santé, beauté et de capacités d'adaptation réactives. Or, « *Le vieillissement, comme processus normal, est l'expression de la temporalité de l'individu, il colle à l'histoire de sa vie.[...] Si le vieillissement est le temps de l'âge qui s'avance, la*

---

<sup>1</sup> THIEBAUD D. *Comprendre le vieillissement. Libérer ses peurs, apprivoiser sa vieillesse.* Lyon : Chroniques Sociales, 2005. 87 p.

<sup>2</sup> PUIJALON B., TRINCAZ J. *Le droit de vieillir.* Paris : Fayard, 2000. 272 p.



*vieillesse est celui de l'âge avancé, sous entendu vers la mort.* »<sup>3</sup> Chaque individu connaît un chemin de vieillissement qui lui est personnel, accompagné, selon les circonstances, de problèmes de santé, d'un besoin de prise en charge, amenant à entrer en maison de retraite. Ce passage vécu comme révélateur de l'approche de la fin de vie, remet en question brusquement l'équilibre du processus identitaire.

L'identité face à l'acceptation d'un nouveau mode de vie.

Alex Mucchielli donne une définition de ce qui constitue les fondements de l'identité du point de vue psychosociologique : « *L'identité est un ensemble de critères de définition d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie, et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence.* »<sup>4</sup> Ces repères identitaires touchent de très près les remises en question vécues par toute personne venant vivre en EHPAD. Le même auteur nous précise que « *Le sentiment de continuité temporelle est le fait que l'acteur se perçoit identique à lui-même dans le temps et se représente les étapes de sa vie comme un continuum.* » Les changements de vie, en l'occurrence l'entrée et l'intégration en maison de retraite, constituent de forts risques, dès lors que la personne n'accepte pas, ou dans un choix contraint, son entrée en établissement, comme c'est le cas pour la plupart des résidents de l'EHPAD Delante. Pour autant, nous précise le professeur Mucchielli, « *Le sentiment d'identité demeure tant que le sujet [...] parvient à donner aux changements et aux altérations le sens de la continuité. Lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent les crises d'identité.* » Les personnes accueillies à la maison de retraite Delante, fragilisées par leur grand âge, arrivent généralement en urgence, et n'ont pas la possibilité de s'approprier le passage en institution.

Le lien social dans la construction et le maintien de l'identité.

Tout au long de la vie, l'être humain construit son identité dans un univers qui lui est propre, en relation avec un contexte familial, social, professionnel. Lorsque les circonstances de son existence l'amènent à entrer en institution, il connaît alors une importante modification de son environnement, auquel il devra s'intégrer pour adhérer aux normes et repères, afin de continuer à communiquer. L'aspect relationnel, qui donne sens à la vie, est ici bousculé et présente alors des risques

---

<sup>3</sup> MESSY J. *La personne âgée n'existe pas*. Paris : Petite bibliothèque Payot. 1992. 221p.

<sup>4</sup> MUCCHIELLI A. *L'identité*. Paris : Puf. 1986. 127p.

de perte identitaire pour le résidant. Jean Claude Kaufmann situe l'individu dans un groupe qu'il désigne comme foyer identitaire : « *L'individu construit sa spécificité en revendiquant des appartenances, incitant par là même au maintien et au développement des identités collectives. [...] L'individu n'est pas un atome constitué, avec une identité personnelle qui lui appartiendrait en propre. Mais un système ouvert, un centre de production du sens de sa vie interconnecté à d'autres centres, susceptibles de le déposséder de sa maîtrise personnelle.* » <sup>5</sup>

Ces précisions situent donc la personne dans un groupe où elle se reconnaît, mais avec le risque de perdre son libre arbitre, comme pourrait le faire une vie en institution ne respectant pas suffisamment son individualité.

### **1.1.2 La démographie et les caractéristiques de la population de l'EHPAD Delante, représentatifs des caractéristiques nationales.**

Les personnes accueillies aujourd'hui : Grand âge et dépendances.

L'EHPAD Delante a une capacité d'accueil de 64 personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. La population accueillie est de plus en plus âgée : L'âge moyen d'entrée en 2005 est de 86,25 ans. La moyenne d'âge des résidents présents est alors de 85,01 ans, 37,5% des personnes ont entre 81 et 90 ans, et 35,94% entre 91 et 100 ans.

Ces chiffres, proches des moyennes nationales et départementales, sont représentatifs du vieillissement marqué de la population générale et de l'avancée en âge lors de l'entrée en établissement.

La durée de séjour à la maison de retraite Delante, de ce fait de plus en plus courte, vient interpeller l'impact de l'âge d'entrée, sur les possibilités d'adaptation d'une personne très âgée<sup>6</sup>.

Pour 40% des résidents entrant à la maison de retraite Delante il s'agit d'un rapprochement du lieu où elles ont vécu. L'environnement connu du village et des relations sociales présente un effet rassurant. Concernant les autres résidents, le sentiment d'isolement est plus important du fait du déracinement et met en danger leur sentiment identitaire. Or on constate une augmentation de la diversification des lieux d'origine géographique.<sup>7</sup>

A la maison de retraite Delante, la plupart des résidents sont issus du milieu rural, anciens agriculteurs en général, mais pas exclusivement : en 2006, on dénombre 23 personnes ayant travaillé dans l'agriculture, 2 assistantes maternelles, 5

---

<sup>5</sup> KAUFMANN J.C. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Hachette. 2005. 351p.

<sup>6</sup> Annexe 1, p. A5, A6.

<sup>7</sup> Annexe 1, p.A2.

anciennes commerçantes, 10 employées de bureau, 17 autres métiers ou sans réponses. L'évolution des catégories sociales accueillies demande à être prise en considération, au regard de l'identité sociale de chacun.

D'autre part, 75% des personnes accueillies sont des femmes. Ce paramètre vient questionner l'emploi généralisé du vocable « personne âgée », utilisé sans différenciation pour tous les résidants. Jusqu'au bout de sa vie, chacun demeure empreint de ce qui le constitue homme ou femme, au plus profond de son être.

« ...Le corps est tissé de relations, il se dynamise dans et par les relations. Celles-ci ont lieu dans un monde sexué, et non pas sexuel dans le sens habituel où l'on désigne ce qui concerne l'acte sexuel. »<sup>8</sup> C'est ici l'identité sexuée de la personne qui paraît ignorée, ou tout au moins gommée, comme si l'âge effaçait l'appartenance sexuelle des êtres humains.

Un portrait-robot du résidant d'aujourd'hui a été dessiné par l'enquête EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées) de la DREES (Direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques) Malgré des situations très disparates, il s'agit : « *D'une femme de 85 ans, seule, et cumulant 7 pathologies [...] Les femmes représentent les trois quarts de cette population [...] Environ 10% des personnes de plus de 75 ans sont hébergées en institution, et la proportion dépasse le quart pour les plus de 85 ans. [...] Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'âge moyen des résidents est de 83 ans et deux mois [...] Huit résidents sur dix sont considérés comme dépendants [...] Les mesures de protection juridique concernent 23% des résidents en moyenne...* »<sup>9</sup>. Ce descriptif inscrit les résidents de l'EHPAD Delante dans la moyenne nationale, la ruralité de l'établissement ne modifiant pas sa représentativité générale.

La santé des personnes âgées : l'identité de soigné favorisée, au détriment de la construction d'une identité personnelle.

L'âge de la retraite administrativement retenu est de 60 ans en France, et 65 ans dans les autres pays. Cependant, il est à reconsidérer dans le domaine de la santé. Le grand âge, qui est celui des résidants en EHPAD, est estimé selon les cas au-delà de 75 et 85 ans. « *Or ces tranches d'âge sont celles où les incapacités fonctionnelles sont les plus fréquentes. [...] Il est donc logique de*

---

<sup>8</sup> PERSONNE M., *Des relations sexuelles aux relations sexuées*. FNADEPA cahiers, juin 2006, N°91, p.33.

<sup>9</sup> AZEMA.J. *Portrait-robot du résident*. Mensuel des maisons de retraite, juin/juillet 2006, n°92, pp.12-13.

*retenir le terme de grand âge lorsque l'on envisage les problèmes de santé publique liés à l'âge avancé et les actions envisagées pour y faire face. »<sup>10</sup>*

Certaines maladies, facteurs d'isolement social, modifient les relations qu'ont les personnes âgées avec leur entourage et ne sont prises en compte qu'assez tard, comme l'incontinence, la diminution de l'ouïe et de la vue, l'ostéoporose...

Les résidents accueillis nécessitent des prises en charge plus médicalisées, et la transformation des maisons de retraite en Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes a permis de répondre à ce besoin croissant. Cependant, se pose la question du sens et de la place donnés à l'aspect médical dans la prise en charge globale des résidents. Vivre l'EHPAD comme une institution soignante peut permettre à l'usager de ne jamais investir ce nouveau domicile, mais de rester en attente de rentrer chez lui en conservant une identité de soigné. Le statut de résident, de personne âgée, est ainsi évité au profit de celui moins stigmatisant de malade. Isabelle Mallon, citant Goffman, remarque que : « *Les personnes âgées peuvent construire une identité personnelle en s'opposant aux éléments statutaires de leur identité qui leur sont renvoyés par les personnels ou les bénévoles intervenant dans l'établissement.* »<sup>11</sup> Investir ses déficiences sous l'aspect médical serait une manière d'accepter l'institution, mais limiterait la possibilité d'intégration de ce nouveau mode de vie en tant qu'étape à part entière. Alex Mucchielli décrit à ce propos que : « *Des troubles de l'identité surviennent lorsque les modèles identificatoires nécessaires à la construction de l'identité sont dévalorisés par le milieu social, lorsqu'ils sont donc présentés comme des identités négatives.* »<sup>12</sup>

L'EVSI (espérance de vie sans incapacité) est un indicateur de la durée moyenne de la vie vécue en bonne santé. L'accroissement de l'espérance de vie en France s'est accompagné d'une augmentation de la part du temps vécu sans incapacité.

L'EVSI continue de croître et progresse plus vite que la longévité elle-même, ce qui fait reculer le besoin d'entrer en institution, renforçant l'espoir de ne jamais y avoir recours.

L'EHPAD Delante n'est pas adapté pour l'accueil des personnes désorientées, mais accompagne les résidents présents lorsque ces troubles apparaissent.

---

<sup>10</sup> HENRARD J.C., ANKRI J. *Vieillesse grand âge et santé publique*. Rennes : Editions ENSP, 2003. 277p.

<sup>11</sup> MALLON I. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes : Pur. 2004. 287 p

<sup>12</sup> MUCCHIELLI. A. *L'identité. ...op. cit.* p. 93/94.

Changer de domicile, entrer en institution, demande inévitablement un effort d'orientation dans les premiers temps, qui s'estompe lorsque le résidant a pris ses repères dans la structure. La désorientation des personnes accueillies peut cependant être symptôme d'une pathologie de type démence, incompatible avec l'accompagnement actuel, et la structure insuffisamment sécurisée.

La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées occasionnent des pertes cognitives et psychiques provoquant des perturbations du comportement chez un nombre de plus en plus important de personnes.

La maladie d'Alzheimer est une maladie associée à l'âge, car sa fréquence augmente avec l'âge, mais pas une conséquence biologique du vieillissement. L'Organisation Mondiale de la Santé en donne cette définition : « *La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primaire, d'étiologie inconnue et qui présente des altérations neuropathologiques et neurochimiques caractéristiques. Elle commence, en général, de façon insidieuse et lente et évolue progressivement pendant plusieurs années.* »

Les troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale nécessitent un accompagnement spécifique épuisant pour les familles et les aidants naturels.

Les troubles commencent par des difficultés de mémoire, notamment des informations nouvelles, qui s'accroissent progressivement. Les modifications du comportement (diminution d'intérêt, moindre réaction aux émotions, perte d'initiatives, irritabilité) vont évoluer sur plusieurs années. Les difficultés de langage rendent la communication difficile et la reconnaissance des objets et des personnes, les capacités d'abstraction et de raisonnement sont progressivement atteintes. La maladie, stéréotypée à ses débuts, réalise des tableaux très différents avec sa progression. Si l'aggravation est lente à ses débuts, elle peut s'accroître brutalement à la suite d'une pathologie physique, d'une agression psychique, ou d'une modification brutale de l'environnement. Ainsi, une entrée en institution peut avoir pour conséquence une aggravation de la maladie, alors même qu'elle en était le motif.

En établissement, ces graves perturbations ont fait prendre conscience du besoin d'accompagnement très spécifique de ces résidents aux pathologies évolutives. Les UPAD (unités de soins pour personnes âgées désorientées) sont souvent rattachées à une structure déjà existante, ou créées indépendamment. A Nogent le Bernard, nous ne disposons pas d'unité spécifique et le principal refus d'admission repose sur la désorientation et le risque pour la personne de s'égarer dans le village ou la campagne environnante. Le comportement, incompréhensible pour les autres résidents est générateur d'anxiété et l'accompagnement n'a pas été adapté. Néanmoins, les résidents présents et commençant à présenter ce type

de troubles, sont accompagnés dans leurs besoins de déambulation, acceptés malgré l'étrangeté de leurs comportements le plus longtemps possible.

### 1.1.3 La dépendance s'évalue dans un contexte environnemental

La dépendance, un concept défini tardivement par les textes et stigmatisant pour les personnes âgées.

Définir la dépendance dans le sens des besoins d'aide n'est pas chose aisée et doit se mesurer tant à la perte d'autonomie qu'à l'environnement.

*« Du point de vue de la représentation sociale, [...] la dépendance est chargée très négativement [...] corrélée systématiquement avec l'avance en âge de la population, elle est constamment présentée comme un défi pour la société [...] un fardeau pour les aidants familiaux et professionnels... »<sup>13</sup>*

Définition européenne de la dépendance : *« La dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir des actes courants de la vie. »*

Afin de resituer la perte d'autonomie dans une dimension globale de l'individu, il est intéressant de retenir la notion de désavantage social ou de handicap, telle qu'elle est définie par la CIH (Classification Internationale des Handicaps). Cette approche permet de considérer l'individu en dehors de la notion d'âge, qui associe systématiquement la dépendance à la vieillesse. La CIH détermine :

- La mobilité, la possibilité de se mouvoir de façon efficace dans son environnement
- L'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie quotidienne
- L'occupation de son temps de façon normale, compte tenu de l'âge, de la culture
- L'orientation dans le temps et dans l'espace
- L'intégration sociale
- La suffisance économique

Au regard de ces items, la personne est considérée dans l'intégralité de son identité, reliée à un environnement physique et humain.

La législation prévoit, dans l'article 8 de la Charte des Droits et libertés de la Personne Agée Accueillie, issue de la loi 2002-2 (Arrêté du 8 septembre 2003), *« le droit à l'autonomie ainsi que le respect de la dignité et de l'intimité... »<sup>14</sup>*

---

<sup>13</sup> ENNUYER B. *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris : Dunod, 2004. 330p.

<sup>14</sup>Annexe 4, p.A28.

Les actes essentiels de la vie pour lesquels sont missionnés les professionnels de la maison de retraite ne concernent pas seulement les soins mais l'ensemble des possibilités de mener une vie sociale. Il s'agit principalement de l'hygiène, des prises de repas, des médicaments, du déplacement dans et hors les murs de la maison de retraite, de l'aide pour marcher, pour s'orienter.

De 1997, date de la création de la PSD (Prestation Spécifique Dépendance), à 2001, avec son remplacement par l'APA (Allocation Personnalisée Autonomie), l'accent est mis sur l'aspect positif, corroborant la place centrale donnée aux usagers par les politiques sociales. La loi 2002-2, centrée sur les droits des usagers, valorise l'autonomie des personnes de manière transversale.<sup>15</sup>

La mesure de la dépendance en EHPAD : la grille AGGIR donne une lecture médicale des possibilités d'autonomie.

L'outil d'évaluation utilisé à la maison de retraite Delante est le modèle AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources).

Le Girage consiste à classer les résidents dans six groupes iso-ressources rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne<sup>16</sup>. Ce classement est contrôlé et validé par un médecin du Conseil Général, et donne lieu à une cotation chiffrée moyenne par établissement (Gir Moyen Pondéré), qui sera déterminante dans le calcul des budgets, et dans l'octroi de l'APA.

A l'EHPAD Delante, le GIR moyen en 2005 a été validé à 510, ce qui le situe dans une moyenne départementale, qui est de 515 pour les maisons de retraite publiques autonomes en Sarthe.

Le sociologue Bernard Ennuyer résume bien les limites d'une telle grille de lecture, axée sur l'aspect médical et enfermant le résident dépendant dans une définition de ses incapacités : « ...l'outil AGGIR, outil conçu par le milieu médical gériatrique de l'hébergement, basé sur la seule lecture de l'incapacité fonctionnelle du sujet âgé, au détriment de tous les autres paramètres affectifs, relationnels [...] qui permettraient de qualifier la personne dans son environnement. [...] la dépendance [...] est devenue l'attribut « stigmatisant » de la personne âgée, en même temps qu'un état mesuré scientifiquement par les experts. »<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>16</sup> Annexe 4, pA29, A30.

<sup>17</sup> ENNUYER B. *Les malentendus ...op.cit. p 251.*

Les enjeux de l'autonomie et le risque de dépersonnalisation par un accompagnement se substituant à l'individu, plutôt que l'aidant à trouver en lui-même des ressources.

*« Le traitement bureaucratique des résidents dépendants de l'institution les réduit à des sujets biologiques (au sens médical du terme) sans plus tenir compte de leur dimension d'être social ni de leur histoire personnelle.<sup>18</sup>*

La dépendance est une des principales raisons de l'entrée en EHAPD et doit, à ce titre, être regardée comme une caractéristique « normale » des résidents accueillis. L'accompagnement vers l'autonomie, doit être facilité par le dispositif institutionnel, pour donner sens à cette nouvelle vie, par la récupération et le maintien des capacités de se gérer. Le risque d'une prise en charge n'allant pas dans ce sens serait une infantilisation des personnes, accentuant l'abandon du désir de vivre en gardant son libre arbitre. A l'EHPAD Delante, l'accompagnement est fait dans l'esprit d'autonomie par un tiers des professionnels soignants mais les autres membres de l'équipe ont besoin d'être formés à cette approche.

## **1.2 L'EHPAD Delante : Un lieu d'hébergement confronté aux risques de fragilisation identitaire des personnes accueillies.**

### **1.2.1 De 1926 à 2006. : D'une logique hospitalière vers un accompagnement global de la personne âgée, en conformité avec la législation.**

Les transformations ont suivi les évolutions de la législation<sup>19</sup>, sans prendre en compte l'ensemble des besoins.

En 1926, Monsieur Georges DELANTE, notable de Nogent Le Bernard, fait don de son héritage à la commune afin de créer un hospice destiné à accueillir « les indigents et les vieillards » du village et des communes environnantes. Un bâtiment est acheté à l'époque et transformé en lieu d'hébergement, faisant encore partie du patrimoine actuel. Les personnes y sont recueillies, donc logées, nourries et astreintes aux règles strictes du début du siècle.

Dans cette optique, l'offre de service est ainsi adaptée aux besoins des personnes en termes de logement et de satisfaction des besoins vitaux élémentaires. Le critère de choix n'est pas l'âge, mais plutôt la précarité financière et l'isolement. Les personnes hébergées y trouvent alors un soulagement à leur misère.

---

<sup>18</sup>MALLON. I. *Vivre en maison...op. cit. p.185.*

<sup>19</sup> Annexe 4, p. A28.



En 1974, le Conseil d'Administration décide d'agrandir l'établissement par une extension de 28 places, construites sur le mode hospitalier, en un long couloir distribuant de part et d'autre des chambres successives, dont huit à deux lits. L'accueil est alors principalement axé sur de l'hébergement. Les résidents, relativement autonomes, sont intégrés à la vie du village et la vie sociale facilement maintenue.

L'hospice prend le statut de maison de retraite, par un arrêté préfectoral en 1985, à la suite des premières lois de décentralisation. Cette mise en conformité statutaire ne modifie pas les modalités d'accompagnement des résidents.

Une autre extension sera faite en 1987, ajoutant 28 chambres dans un bâtiment entourant celui de l'hospice. Les chambres y sont plus spacieuses, avec des salles de bains aux normes et des salons sur les deux étages permettant aux résidents et aux familles de se retrouver dans des lieux hors des chambres. Ces petits espaces sont cependant ouverts, offrant peu d'intimité.

La médicalisation s'amorce par la création d'une section de cure médicale.

En 1991, est créée une section de cure médicale de 19 lits, ayant pour conséquence l'embauche d'une infirmière à plein temps, axant davantage la prise en charge sur l'aspect médical et soignant qui perdurent encore aujourd'hui. La loi de 1975<sup>20</sup> régit alors les établissements sociaux et médico-sociaux. L'équipe soignante se professionnalise avec des formations qualifiantes d'aides-soignantes. Les résidents sont principalement pris en charge dans leurs besoins de santé.

La réponse aux demandes correspond, durant cette période, à des demandes de places de la part de personnes âgées peu dépendantes, choisissant d'habiter en maison de retraite pour des raisons surtout liées à l'isolement, ou à la santé, et faisant une démarche volontaire. La plupart du temps issues du tissu local, leur adaptation et l'intégration dans cet établissement à l'ambiance déjà familiale ne posait alors pas de question quant à la pertinence de l'accompagnement proposé.

L'EHPAD actuel, entre conformité et qualité de l'offre de service.

La réforme de la tarification des EHPAD et la signature de la convention tripartite en 2004 ont permis à l'établissement d'appliquer la législation en vigueur<sup>21</sup>, et de constater les manques dans l'accompagnement dispensé à la maison de retraite. Un état des lieux élaboré selon la grille ANGELIQUE (Application Nationale pour

---

<sup>20</sup> Annexe 4, p.A28.

<sup>21</sup> Annexe 4, pA28.

Guider une Evaluation Labellisée de la Qualité pour les Usagers des Etablissements) a permis d'objectiver principalement la vétusté des locaux, le manque d'espaces de vie ne permettant ni aux personnes d'accueillir leurs proches ni de personnaliser leur chambre pour y retrouver l'ambiance et les objets familiers auxquels ils étaient attachés. L'absence de médecin coordonnateur, de projet de soins et de projet de vie ont été inscrits dans les obligations de mise en conformité dans les 5 ans à venir.

### **1.2.2 L'EHPAD Delante, un établissement rural dans un contexte favorable aux dispositifs de maintien à domicile et à la diversification des modes d'accueil.**

Le Schéma Départemental Sarthois favorise les prestations aux associations de maintien à domicile et gèle la création de lits en zone rurale.

Le schéma gérontologique départemental des personnes âgées 2005-2009 a été élaboré en 2004, à la suite de commissions de préparation auxquelles j'ai participé. Partant du constat de l'existant, et des propositions des groupes de travail, des orientations ont été décidées pour les établissements et les services :

Le taux d'équipement quantitatif d'établissement apparaît satisfaisant, avec 13,4 places pour 100 personnes âgées en Sarthe contre 11,8% de moyenne nationale. Les orientations sont de maintenir la capacité hors de la communauté urbaine et de créer 300 places au Mans et en périphérie proche.

L'accueil de personnes âgées désorientées est estimé insuffisant, avec 1500 patients Alzheimer, soit 13% des personnes de 75 ans et plus. Seulement 87 places existent pour l'accueil temporaire, l'accueil de jour est également très limité avec 21 places autorisées. Les orientations sont de poursuivre la réalisation d'unités de 8 à 12 places pour personnes âgées désorientées, et de favoriser le développement de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire.

Les services à domicile concernent les gardes itinérantes de nuit, les gardes ponctuelles, les services de portage de repas à domicile, qui devront être favorisées. Le maintien du lien social est pris en compte avec comme orientations : l'action intergénérationnelle, une aide au financement pour le transport des personnes âgées vers les établissements pour y prendre leurs repas, développer une politique d'aide au transport « à la carte » et faciliter l'accès aux prestations de repas en établissement. L'aide aux aidants, naturels ou professionnels, est particulièrement développée, les formations du personnel, le développement des interventions et la mise en réseau.

Le domicile est particulièrement soutenu, par des projets de mesures visant à maintenir les personnes le plus longtemps possible chez elles.

La prise en charge des personnes âgées dans les dispositifs à Nogent le Bernard et alentour, des services éclatés, se rencontrant peu.

C'est lors de la prise de conscience d'une rupture ou de la dégradation de l'état de la situation de la personne âgée qu'est élaboré un plan d'aide, le plus souvent initié par l'assistante sociale, en lien avec les services existants à proximité. L'élaboration du plan d'aide consiste à identifier les besoins, en tenant compte des souhaits de la personne âgée et de son entourage. Sa mise en œuvre dépend des relations entre les équipes médico-sociales, les services d'aide et les familles.

Les associations de maintien à domicile intervenant sur Nogent et les communes environnantes sont : l'ADMR (Association du service à domicile) et l'association Familles Rurales, pour les services d'aide ménagère et d'aide à domicile ; la téléassistance par l'ADMR, l'association Présence verte et Phonévie du Mans.

L'ASSAD du Perche (Association de Soutien et de Soins A Domicile), basée dans le département limitrophe de l'Orne, intervenait jusqu'à l'été 2006 pour le portage de repas de trois personnes sur la commune de Nogent. Cette association a informé la mairie de l'arrêt de ses activités en Sarthe, ce qui pose la question du relais à prendre par la commune afin d'assurer une restauration à ces personnes. La maison de retraite a été sollicitée, mais la faisabilité de ce service est limitée par le besoin de personnel à mettre à disposition régulièrement et d'un véhicule adapté pour transporter les repas. Or, le lien social qui pourrait se tisser entre les personnes à domicile et le personnel, voire les résidents de l'EHPAD Delante, à travers ce service, représente une opportunité non négligeable.

Le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) le plus proche est situé à l'hôpital local de Bonnétable, à 8,5 km, il intervient sur Nogent, en lien avec les associations de maintien à domicile. Il comprend 4 AS (aides-soignantes) et 1 IDE (infirmière Diplômée d'Etat), chargée d'organiser le fonctionnement du service.

Le SSIAD assure les soins, parfois avant ou après une hospitalisation.

Une coordination est assurée par l'assistante sociale du groupement des trois hôpitaux locaux du Nord Sarthe, avec les services d'aide. La maison de retraite Delante n'a de contact ni avec ces services, ni avec l'assistante sociale. En allant les rencontrer, j'ai pu suggérer un travail de préparation aux éventuelles entrées à la maison de retraite, ce qui pourrait être envisagé en septembre 2006.

Il existe une famille d'accueil, à Torcé en Vallée, village éloigné de 20km de Nogent. Cette famille accueille trois personnes âgées, Mr L. en est le responsable, tandis que son épouse est aide soignante au SSIAD de Bonnétable.

La mairie de Nogent a répertorié les personnes âgées isolées de la commune suivant les directives nationales consécutives à la canicule de 2003, et des visites

sont effectuées par des bénévoles non regroupés en association, mais connues de ce petit village de 797 habitants.

Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) rassemble en un lieu unique, toutes les informations relatives à l'aide que l'on peut apporter aux personnes âgées. Il joue un rôle d'information auprès des personnes âgées ou des professionnels, sur les dispositifs susceptibles de répondre à leurs besoins.

Sur le canton de Bonnétable, auquel est rattaché Nogent le Bernard, le CLIC a peiné à voir le jour en raison du regroupement de trois territoires. Début 2006, le dossier est passé en commission et a été agréé. Il reste cependant à le faire fonctionner, sachant qu'il est éclaté sur trois communes espacées d'environ 20km chacune et devant avoir chacune un coordinateur à temps partiel.

Cependant, il existe un CLIC départemental auquel j'ai recours pour les informations dont j'ai besoin concernant le réseau gérontologique, ainsi que pour transmettre l'information de la vacance de places à l'EHPAD Delante. Celui-ci est situé au Mans, donc à 40 km, mais la communication est favorisée par le site Internet et les permanences téléphoniques.

L'EHPAD Delante est inscrit dans une dynamique de réseau entre établissements, malgré le cloisonnement des dispositifs.

Nogent le Bernard est une petite commune du nord de la Sarthe, dont le chef lieu de canton est Bonnétable. Ses liens avec les établissements les plus proches, accueillant des personnes âgées, sont principalement des conventions de mutualisation de personnel.

Une psychologue partage son temps entre plusieurs établissements, celui de Nogent, de Marolles les Braults, à 18 km ; de Montfort le Gesnois, à 25 km, de Bonnétable à 8 km, et deux autres hôpitaux locaux plus éloignés.

Une gérante de tutelle est également en temps partagé pour les trois hôpitaux locaux, Nogent, Montfort et Tennie, un village assez éloigné. La préparatrice en pharmacie de l'hôpital local de Bonnétable intervient deux demi journées par semaine à l'EHPAD Delante pour la préparation des médicaments.

L'EHPAD Delante a signé en 2004 une convention avec l'hôpital local de la Ferté Bernard, à 16 km, dans le cadre du protocole canicule, pour la prise en charge sanitaire des résidents.

Ces conventions ont permis de recruter du personnel spécialisé attaché aux établissements, ce qui n'aurait pas été possible autrement, étant donné le peu de budget accordé sur ces postes par établissement.

Si la législation actuelle, le schéma gérontologique en cours, incitent au travail partenarial, à l'ouverture des établissements, à la diversification des modes

d'accueil pour maintenir les résidents à domicile le plus longtemps possible, je constate que l'établissement de Nogent Le Bernard reste à l'écart du réseau gérontologique, alors même qu'il en constitue un élément à part entière. Cet isolement n'est pas propice à l'information, la relation des personnes âgées avec l'établissement restant inexistante avant le besoin d'entrer en institution.

### **1.2.3 Les réticences à venir vivre en EHPAD : les représentations négatives des maisons de retraite, et la prise de conscience d'intégrer le dernier domicile.**

Les représentations sociales des maisons de retraite véhiculent une image inquiétante n'incitant pas à entrer en établissement.

Les réticences à entrer en établissement, dues à l'espérance de terminer sa vie à domicile, touchent les personnes âgées comme leurs proches. Or, les problèmes de santé liés à l'âge augmentent, de nature physique ou mentale et conduisent les personnes âgées à entrer en institution sans l'avoir anticipé ni souhaité, mais par mesure de sécurité, la plupart du temps à la demande d'un proche.

Dans un chapitre sur la vie privée dans le projet de vie, Jean Jacques Amyot et Annie Mollier expliquent que : « *Le regard négatif porté sur les institutions est issu de la crainte de la perte de l'individualité lorsqu'on a besoin d'être pris en charge.* »<sup>22</sup> La peur de l'uniformité des prises en charge, pour une personne âgée face une collectivité, montre bien le besoin de garder son intégrité, dans un contexte qui n'y semble pas favorable. Les représentations négatives préalables à l'entrée en institution concernent les personnes âgées et les familles, sur des inquiétudes de différentes natures. Une enquête réalisée dans le cadre d'un DESS a montré que 64% des personnes âgées avaient une représentation négative des maisons de retraite, autour de trois inquiétudes : « *quitter leur environnement [...] être en présence quotidienne de personnes vieillissantes [...] n'arrivent pas à s'identifier aux résidents ; enfin, la crainte d'être abandonnées par leur famille.* »<sup>23</sup> Selon cette même enquête, l'inquiétude évoquée par les familles est que leur parent ne s'adapte pas à l'institution, en raison du trop grand décalage avec la vie à domicile. Par contre, « *La majeure partie des familles se représente l'institution de manière positive (86% contre 14%). A l'inverse du domicile, l'institution se révèle être source de sécurité.* ». Dans les admissions réalisées à la maison de retraite Delante, c'est presque toujours la famille qui est à l'initiative de

---

<sup>22</sup> AMYOT J.J., MOLLIER. *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod. 2004.242p.

<sup>23</sup> LEROY S., MYSLINSKI M., DE GALBERT A. Représentations préalables de l'entrée en institution de la personne âgée et sa famille, *Gérontologie*, janvier, février, mars 2004, n°125, p.37.

l'entrée. Le point de vue de la sécurité est chaque fois évoqué par les proches et vécu comme un soulagement. C'est d'ailleurs un des arguments que reprennent beaucoup de résidants ayant fini par accepter cette option, « ...vous comprenez, ils sont plus tranquilles comme ça ! » me disent-ils à propos de leurs enfants.

La crainte de la maltraitance fait partie des réticences à entrer en EHPAD.

Il n'existe aucune définition juridique de la maltraitance ; cependant, il est d'usage de se référer à la définition de 1987 du Conseil de l'Europe lors de la commission « Violence au sein de la famille » : « *tout acte ou omission, commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa situation financière.* » La maltraitance des personnes âgées en institution a fait l'objet d'une étude présidée par le professeur Michel Debout, missionné par Mme Paulette Guinchard Kunstler, secrétaire d'Etat aux personnes âgées en 2003. Le groupe de travail a retenu une approche centrée sur les maltraitements qui résultent de la dégradation, souvent insidieuse, des relations entre la personne âgée et son entourage, à domicile comme en établissement. Sur les 6000 dossiers enregistrés par l'association ALMA (Centre d'écoute Allo Maltraitance), 30% concernent les institutions et 70% le domicile. La peur de la maltraitance en institution participe à la difficulté des personnes âgées à investir une vie maison de retraite. Michel Debout résume bien les risques de perte de continuité identitaire dans une relation maltraitante : « *...elles résultent de la difficulté à assumer en permanence une relation obligée à l'autre, relation qui peut user les protagonistes et générer des comportements inadaptés, voire des situations d'exclusion et de mépris des personnes âgées. [...] Favorisée, notamment, par le confinement de l'espace de vie du vieillard, une relation d'emprise psychologique et de la dépendance matérielle s'installe, en provoquant la négation progressive de la personnalité du vieillard, de ses droits et de ses libertés.* »<sup>24</sup> Les situations de maltraitance les plus courantes revêtent des aspects physiques, psychologiques, médicaux ou financiers. L'institution peut elle-même être maltraitante, par défaut de qualité des prestations, allant de l'accompagnement proprement dit, au confort matériel (chauffage, mauvais éclairage, et autres nuisances matérielles).

---

<sup>24</sup> DEBOUT M. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes : Editions ENSP. 2003 77p.

A l'EHPAD Delante, en 2003, une formation de prévention de la maltraitance a été suivie par l'ensemble du personnel. Sans avoir de faits précis à dénoncer, il me semblait que la trop grande habitude de travail des même soignants envers les mêmes résidants, depuis de longues années, ainsi que les journées de travail, pensées autour de l'organisation du personnel, et non des besoins des résidants, occasionnaient des situations limites. Il s'agissait davantage d'une maltraitance passive de négligence qu'il était indispensable d'enrayer par une prise de conscience forte du personnel.

La fin de vie, inévitablement liée à la vieillesse, reste un tabou pour tous, résidants, familles et professionnels. Entrer en maison de retraite représentant le dernier chez-soi, c'est la perspective de la mort qui se dessine plus précisément avec le grand âge des résidants. L'appellation péjorative de « mouirois », à propos de certains établissements ne peut que réveiller la peur de cette ultime étape de vie, participant à la difficulté d'accepter d'y habiter. Le souhait affirmé de vouloir mourir chez soi, la peur de la souffrance liée à la mort, de ne pas être suffisamment entouré de ses proches pour vivre ce passage, sont autant de représentations ne permettant pas à la personne âgée ni à sa famille d'investir sereinement une maison de retraite. La difficulté d'aborder ce sujet concerne tous les protagonistes, ne permettant pas de dédramatiser certains aspects en expliquant ce qui se pratique autour de la mort à la maison de retraite Delante. Pourtant, dès l'entrée, le questionnaire administratif prévoit de renseigner le choix du service funéraire à contacter et peut représenter une occasion d'ouvrir le dialogue sur ce thème. D'autre part, plusieurs soignants ont été formés en 2001 aux soins palliatifs et l'ensemble du personnel soignant s'attache à accompagner les résidants jusqu'à leur dernier souffle, en évitant l'hospitalisation des personnes que l'on sait en fin de vie. Les décisions médicales nous amènent quelquefois à agir autrement, pour soulager la douleur. Le décès vécu à l'hôpital est toujours difficile pour l'équipe, surtout lorsque le résidant vivait à l'EHPAD depuis longtemps.

La loi dite « Léonetti », du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, précise les droits spécifiques pour les malades en fin de vie, autour du respect du souhait des personnes, redéfinissant l'acharnement thérapeutique et incitant au développement des soins palliatifs. Les médecins intervenant auprès des résidants à l'EHPAD Delante sont ceux choisis par les personnes à leur entrée, dans la limite de l'éloignement induit par le lieu de l'institution. Garder son médecin après l'entrée permet de conserver le lien privilégié et rassurant, comme avant, chez soi, face aux pathologies et à l'approche de la fin de vie

Pourtant, la dernière étape de vie venant se réaliser en institution reste pleine de sens, comme l'écrit Isabelle Mallon dans le chapitre « Etre vieux, être soi » : « *La socialisation est continue tout au long de l'existence, et c'est la mort qui met un point final à l'identité sociale et personnelle.* »<sup>25</sup>

Garder son identité jusqu'au bout de la vie pour conserver l'essentiel de soi : la déprise comme stratégie de sauvegarde de l'identité.

La notion de déprise évoquée par Vincent CARADEC<sup>26</sup>, est « un processus de réaménagement de la vie [...] un principe d'économie des forces » qui consiste à faire ce qu'il y a de plus important pour soi. » A différents degrés, cette déprise caractérise les possibilités qui restent à la disposition des personnes vieillissantes dans leurs capacités amoindries, mais sélectives, d'investissement d'une maison de retraite. En observant les résidants de l'EHPAD Delante, on devra discerner les phénomènes de retrait volontaire par rapport à la vie interne et les respecter, car la déprise choisie participe au maintien de l'identité de la personne en perte de capacités, au rythme des accidents de santé le plus souvent inattendus et déstabilisants. Les déprises contraintes, à l'inverse, sont facteurs de déstabilisation identitaire, puisqu'elles « ...mettent en exergue son incapacité à donner du sens à sa vie par elle-même. »<sup>27</sup> En développant volontairement cette stratégie de sauvegarde d'identité, le résidant en EHPAD préserve la continuité de sa personnalité, qui demande à être reconnue et respectée par les professionnels. Cette notion n'est pas actuellement prise en compte de manière systématique par le personnel, par défaut de réflexion à ce sujet.

### **1.3 Le réseau relationnel se transforme difficilement en raison du manque d'ouverture de l'EHPAD.**

#### **1.3.1 La place de la personne âgée dans la famille se modifie avec le temps**

Le temps et la personne âgée.

Un paradoxe du grand âge réside dans le fait que la personne âgée « a tout son temps », mais que celui-ci devient bien souvent le temps de l'attente, dû à

---

<sup>25</sup> MALLON I., *Vivre en maison ...op. cit. p 249.*

<sup>26</sup> Extrait des actes du colloque « ...60, 80,100 ans ! Bien vivre en milieu rural » 2003. Paris  
Disponible sur Internet :

[http://www.famillesrurales.org/contenu\\_seul.php?id\\_site=1&ancien\\_niv1=12](http://www.famillesrurales.org/contenu_seul.php?id_site=1&ancien_niv1=12)

<sup>27</sup> MALLON I. *Vivre en maison...op. cit. p 241.*



l'isolement et à la contrainte de la disponibilité des autres. L'attente du personnel, pour se déplacer ou répondre à un besoin qu'on ne peut réaliser seul, le temps de la famille et des visites régulières ou non, selon l'éloignement ou la nature des relations. Le temps de la fin de vie, qui fait que l'on ne se projette pas dans l'avenir mais dans un déni ou une attente perpétuelle de rentrer chez soi. Presque tous les résidants que je rencontre m'expriment cet espoir, m'expliquant que, même si «...*On est bien traités, ici, ils sont tous très gentils, mais je vais bientôt rentrer chez moi...* » C'est ici que s'objective clairement le fait que le résidant n'a pas fait de la maison de retraite son nouveau domicile, et que commence l'échec de l'accompagnement d'un résidant, pour qui le domicile n'est plus possible. « *Le vécu du temps est aussi lié à l'espace dans lequel vit la personne âgée. Le domicile est un espace privilégié même s'il est précaire et dépourvu de confort, il est le lieu où elle vit pleinement sa liberté et son identité.* »<sup>28</sup> Le temps inscrit dans les murs de sa maison, est synonyme de liberté, d'identité marquée dans chaque objet et chaque souvenir.

Les nouvelles familles à 5 générations donnent une place particulière au plus âgé, comme protecteur des plus jeunes face à la mort.

Avec l'allongement de la durée de la vie, la composition des familles évolue et modifie la place occupée par chacun, chaque fois qu'une génération s'ajoute à celles déjà existantes. Ainsi, avec des résidants de plus en plus âgés, n'est-il pas rare d'accueillir des centenaires, dont certains sont aînés de plusieurs générations. En 2001, la Fédération Nationale de Gérontologie a réalisé une enquête portant sur les caractéristiques des familles à cinq générations et aux relations qu'elles entretiennent. Parmi les 1600 personnes recensées par l'enquête comme représentants d'une 5<sup>ème</sup> génération, 8% sont des hommes. La moyenne d'âge est de 97 ans, et 58 personnes sont centenaires, dont un seul homme. 35% des personnes de la 5<sup>ème</sup> génération vivent en institution, et parmi elles, 58% des centenaires. Cette génération se trouve principalement en zone rurale (59%), les centenaires étant davantage représentés en région parisienne, puis dans les Pays de La Loire. Ces personnes ont eu majoritairement peu d'enfants, conséquence des pertes masculines de la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale.

On observe une grande proximité géographique des 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> générations autour des personnes de la 5<sup>ème</sup>, mais l'éloignement s'agrandit avec les deux générations suivantes. L'espacement des rencontres est proportionnel à

---

<sup>28</sup> CATANT C. Vivre le temps. *Soins gérontologie*. Septembre/Octobre 2004, n°49, p.29.

l'éloignement et laisse plus de place aux visites et moments de fête qu'aux aides. Il en résulte une insatisfaction en matière de vie relationnelle dans le grand âge. L'état de santé de cette génération n°5 est perçu comme bon et enviable, ce que ces personnes souhaitent transmettre à leurs arrières petits-enfants. Dans la conclusion de l'enquête, il est intéressant de remarquer la notion de transmission, maillon de la chaîne générationnelle, au sein de laquelle la personne la plus âgée continue de construire son identité: «... ces personnes souhaitent transmettre l'histoire de leur famille, de même que l'esprit de famille, valeurs qui correspondent à des attentes des plus jeunes générations. On constate aussi qu'à leur insu, les arrière-arrière grand parents érigent une sorte de rempart contre le sentiment de vieillir pour les autres générations [...] Beaucoup ont écrit se sentir protégés par un tel nombre de générations au dessus d'eux. »<sup>29</sup>

A la maison de retraite Delante, les résidants deviennent parfois centenaires ou le sont même déjà à leur entrée. Les visites sont effectivement plutôt festives, sauf pour les personnes ayant leur famille à proximité. Fêter les cent ans d'un résidant est toujours un évènement important bien que de plus en plus fréquent. Y sont associés l'ensemble des autres résidants, les familles, les professionnels, les élus, la presse locale, autour d'un goûter, avec discours et cadeaux.

La place des proches dans la vie de l'EHPAD : un juste équilibre à trouver.

La présence des familles dans les institutions est favorisée par la législation, la loi 2002-2 ayant institué le CVS (Conseil de la Vie Sociale), par le décret n°2004-287, modifié par le décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005. A la maison de retraite Delante, ces réunions existaient déjà, avec le Conseil d'Etablissement et ont lieu trois fois par an, permettant d'évoquer les projets de l'établissement et les questions liées au fonctionnement. C'est aussi l'occasion de renseigner les familles sur la vie interne et les animations. Le compte rendu de ces réunions est envoyé pour information à toutes les familles, y compris aux tuteurs.

Au-delà d'une formalisation de la place donnée aux familles se pose la question des relations familles/résidants/professionnels, dont l'harmonisation conditionnera l'intégration du résidant dans l'institution.

Le rôle affectif de la famille ne peut et ne doit pas être remplacé par les professionnels, malgré toute l'attention qui est portée par le personnel de l'EHPAD Delante. Les familles et les proches des résidants sont garantes de l'histoire de

---

<sup>29</sup> ARFEUX-VAUCHER G. Dans les familles à 5 générations, je demande les grands-parents. *Gérontologie et société*, Septembre 2001, n° 98. p 8.

leur parent, elles sont témoin du parcours de vie dans la continuité, et peuvent apporter de précieuses informations, surtout lorsque la personne âgée ne peut plus s'exprimer.

Les professionnels ont besoin de donner sa place à la famille, comme la famille et le résidant doivent pouvoir s'exprimer et être rassurés dès le premier contact, ce qui n'est pas souvent possible dans les admissions jusqu'à ce jour.

Devant le désarroi des familles lors de l'entrée de leur parent, j'ai mis en place en 2003 des groupes de parole à l'intention des familles, animés par une psychologue, afin de permettre l'expression des questions, des craintes, de la culpabilité que nous percevions. Ces groupes n'ont pas fonctionné, faute de participants. La même expérience a été tentée par le CLIC du Nord Sarthe, que j'ai rencontré à ce sujet et le même constat de non fréquentation a été fait. Il semble que le mode de relation avec les familles doivent s'instaurer dès les premières rencontres. Ce sont les professionnels qui peuvent inviter les familles à un type de relations communes, en incitant davantage au dialogue dès le premier contact.

A la maison de retraite Delante, les familles qui rendent visite régulièrement à leur parent ont surtout des relations avec les soignants et avec l'agent administratif de l'accueil pour ce qui concerne les facturations. Les relations peuvent être harmonieuses et donner lieu à du bénévolat au sein de la structure, ce que j'ai pu observer pour trois personnes depuis mon arrivée (2002). Pour la plupart des familles visitant souvent leur parent, l'ambiance rurale et familiale qui règne à la maison de retraite incite plutôt à des contacts cordiaux avec le personnel, les différents protagonistes se connaissant parfois déjà. Mais il arrive aussi que le malaise d'une famille se manifeste par de l'agressivité, des revendications, sans qu'un dialogue puisse être réellement instauré.

Entre des familles absentes ou trop présentes ou venant à l'improviste sans tenir compte de la participation de leur parent aux animations, le résidant peine souvent à trouver un équilibre dans l'investissement qu'il peut faire de sa vie actuelle. Les relations familiales sont toutes l'aboutissement d'une longue histoire, ayant son propre fonctionnement. C'est à la croisée de cette histoire et de l'institution que peut se construire un accompagnement cohérent de chaque résidant. Chaque membre du personnel est concerné dans cette articulation, et tout un travail reste à faire à l'EHPAD Delante autour de cette réflexion.

### 1.3.2 La personne âgée et son choix de vie.

Le choix de l'EHPAD se fait parmi les différents dispositifs, établissements et services existants, habilités à prendre en charge les personnes âgées dépendantes, selon leurs besoins, souhaits et possibilités.<sup>30</sup>

La loi du 2 janvier 2002 donne le choix du lieu de vie, mais la réalité de ce choix reste aléatoire. La Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie qui en émane, s'attache à poser le principe du libre choix, surtout décrit dans l'article 4 : « *principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne :*

*[...] 1°) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes*

*[...] 2°) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension. [...]*

*3°) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. »*

Malgré ces indications précises, nous nous heurtons toujours à des risques d'admission «subies », dues à la réticence des personnes et des proches à penser et anticiper l'admission. Seulement 5% de la population accueillie est actrice de son entrée, et a fait la démarche dans un choix actif, personnel. Il s'agit surtout de personnes aux origines Nogentaises ou de proximité. Le prolongement de leur vie sociale est alors cohérente, ces personnes se sentent chez elles dans l'établissement et chez elles au sein du village.

Pour les autres résidants, n'ayant pas initié le projet, parfois même pas été informés du projet fait par leurs proches, ou y étant tout à fait hostiles malgré la nécessité de prise en charge, la question du choix, même éclairé reste posée. La limite des risques pris, de laisser à domicile une personne âgée en danger pour elle-même, l'obligation faite par l'institution sanitaire de libérer la place occupée font du choix d'entrer une problématique non résolue et génératrice de malaise, tant du côté des personnes concernées, des familles que des professionnels.

Le libre choix reste lié à l'accessibilité financière aux offres de service.

Le coût du maintien à domicile représente une limite concrète, amenant les personnes les plus dépendantes à choisir d'entrer en maison de retraite. Le

---

<sup>30</sup> Annexe 5, p.A32.

recours aux services d'aide devenant plus cher que le coût de l'hébergement en EHPAD, bien que l'APA soit plus élevée à domicile qu'en institution.

Le coût d'hébergement journalier à l'EHPAD Delante en 2006 a été validé par le Conseil Général à 39,41 €, auxquels s'ajoutent les 4,78 € de GIR 5/6 non pris en charge par l'APA (=44,19€ \* 30=1325.70€ mensuels). Situé dans la moyenne basse départementale<sup>31</sup>, le coût de l'hébergement à la maison de retraite Delante est souvent un facteur de choix pour les personnes éloignées, qui comparent les prix et les prestations des différents établissements avant de faire leur choix.

Le coût des hospitalisations rend les durées de plus en plus courtes, avec recours aux services de soins à domicile ou accélérant l'entrée en EHPAD.

Le libre choix est, là encore, mis à rude épreuve face à des arguments financiers qui touchent généralement toute la famille. En effet, si les revenus de la personne en institution ne couvrent pas le prix d'hébergement, il sera fait recours aux ayant droit, enfants, puis petits enfants pour payer la maison de retraite. Bien souvent, c'est le patrimoine de la personne âgée qui est d'abord vendu, s'il existe. La vente de la maison d'habitation représente une perte de repères considérable, affectant la continuité identitaire, symbolisant la disparition d'une partie de soi, ainsi que l'impossible retour à domicile.

Cet aspect financier dans les relations parents/enfants n'est pas négligeable dans le respect à maintenir du résident. L'adulte âgé, ayant géré son patrimoine toute sa vie, peut se sentir insuffisamment informé de la gestion de ses biens, voire dépossédé. Toujours est-il que ce sujet sensible soulève parfois des conflits familiaux sous-jacents, très déstabilisants pour la personne, confrontée à une culpabilité, dans un moment difficile où la maîtrise de sa vie semble lui échapper, jusque dans ce qu'elle possède.

Le statut de résident représente une nouvelle identité, que la personne accueillie n'a souvent pas choisi.

Cette situation nouvelle va instaurer des rapports différents avec l'environnement, modifiant le mode relationnel habituel, tant pour la personne que pour les proches.

Le statut de résident vient impacter la dynamique identitaire selon les modifications et créations des relations anciennes et nouvelles. Isabelle MALLON écrit dans le chapitre « Continuer à exister. La femme divisée » : « *Les individus pondèrent différemment le statutaire et l'intime dans la construction de leur identité, selon les ressources dont ils disposent. En maison de retraite, ces*

---

<sup>31</sup> Annexe3, p.A18, A19.

*ressources sont liées à la présence de la famille, à l'étendue et à la densité des réseaux de sociabilité autant internes qu'externes, mais également au passé professionnel, et plus largement au milieu social d'appartenance. »<sup>32</sup>*

Les relations sociales en EHAPD impliquent le deuil inévitable de l'ancien réseau relationnel tel qu'il fonctionnait et un préalable pour trouver un équilibre dans ce nouveau domicile. Reconstruire des relations et une forme de vie sans perdre son identité propre, dans l'inconnu d'un nouvel environnement, devient un défi quotidien à construire et à accepter.

La citoyenneté des personnes âgées dépendantes est souvent évoquée comme une place perdue, en raison des incapacités. La vie en EHPAD restreint, en effet, le périmètre des relations, et risque d'isoler les résidents d'une vie sociale « citoyenne ». Le petit Larousse illustré définit le citoyen comme « *Membre d'un Etat considéré du point de vue de ses droits et de ses devoirs civils et politiques.* » Si la dépendance affecte certaines capacités, il est donc du rôle de l'accompagnement de suppléer à l'impossibilité de s'informer, de voter, de participer à la vie sociale d'une manière générale.

La Charte des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante s'est attachée à définir dans 14 articles les aspects de la vie citoyenne devant être préservés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. On y trouve notamment le droit au choix de vie, de domicile, la préservation d'une vie sociale, l'exercice des droits et protections juridiques, l'information... Dans son introduction, la Charte résume bien l'aspect de préservation identitaire liée à la citoyenneté :

*« Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences. Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits. »<sup>33</sup>*

Si l'écart entre les possibilités de rester activement citoyen et la situation de grande dépendance est important, il n'en reste pas moins, comme l'indiquent Bernadette Puijalon et Jacqueline Trincaz<sup>34</sup>, qu'« *Affirmer qu'un vieillard, quel que soit son état de santé physique et psychique, est un « citoyen », revient à rappeler*

---

<sup>32</sup> MALLON. I. *Vivre en maison ...op. cit. p.177.*

<sup>33</sup> Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Fondation Nationale de Gérontologie. - Commission « Droits et Libertés ». Version 1997. Disponible sur Internet : [http://www.fng.fr/html/droit\\_liberte/charte\\_integral.htm](http://www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_integral.htm)

<sup>34</sup> PUIJALON B., TRINCAZ J. *Le droit de vieillir.* Paris : Fayard, 2000. 276 p.

*qu'il est partie intégrante de l'humanité, même s'il ne participe plus directement à l'organisation de la société et qu'il n'en comprend plus forcément les règles [...]. »*

A la maison de retraite Delante, les résidants sont informés par la télévision de l'actualité, chacun dans sa chambre ou au foyer. Le journal local est à disposition, et plusieurs résidants sont abonnés. Les résidants les plus valides sont accompagnés si nécessaire au bureau de vote, dans les véhicules du personnel et après avoir été sollicités.

Pour les personnes en grande dépendance, la rupture avec l'environnement est totale et le retrait de toute vie sociale semble un fait acquis pour tout le monde.

### **1.3.3 La rupture avec le domicile : la continuité de vie mise en danger.**

Ce qui fait domicile pour la personne âgée : entre l'intime et la convivialité.

Avant l'entrée en institution, le périmètre de vie des personnes à leur domicile s'est rétréci avec les capacités de déplacement et l'affaiblissement physique. Habiter sa maison consiste cependant à conserver la sécurité du «nid» qui rassure et la possibilité d'accueillir les personnes, par plaisir ou nécessité.

Ainsi, les objets familiers, porteurs de la mémoire de l'histoire de la personne et de sa famille, l'animal domestique, les relations de voisinage, le passage du facteur, de l'aide ménagère, des proches, etc. ..., constituent l'environnement où sont inscrits les repères au centre desquels la personne conserve son identité, ses choix et la maîtrise de son quotidien.

*« Si pour toute personne, âgée ou non, le domicile est tout à la fois un lieu de référence identitaire et d'élection de ses droits, un lieu d'enracinement par la mémoire et les liens tissés avec l'environnement, l'image renvoyée par les institutions est souvent celle d'un instrument au service d'une « prise en charge plus ou moins repoussée dans le temps, plus ou moins efficace en termes de « résultats », plus ou moins onéreuse en fonction des services assurés. »<sup>35</sup>*

Quelle que soit la maison que l'on quitte, c'est une partie de soi qu'on abandonne, sans la perspective de reconstruire cet équilibre dans le nouveau domicile.

Les manifestations des effets de perte des repères du domicile :

---

<sup>35</sup> LE BOULIER S. *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » 23 juin 2006. Disponible sur Internet :

[http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id\\_article=118&var\\_recherche=rappor+le+bouler](http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id_article=118&var_recherche=rappor+le+bouler)

Au plus près des résidants, ce sont les équipes soignantes qui peuvent recueillir les impressions exprimées par les personnes après leur arrivée.

A l'EHPAD Delante, le personnel a consigné par écrit les réactions entendues, on y observe plus de plaintes que de satisfaction :

Les points positifs reposent sur *«le sentiment de soulagement par rapport aux difficultés de la vie quotidienne à domicile (solitude, courses, ménage, prise de médicaments); ...apprécie le confort, chauffage, vêtements propres, repas...contente d'être ici après un passage difficile en famille d'accueil...»*

Par ailleurs, je remarque une hiérarchie dans les plaintes, allant de la tristesse aux idées suicidaires exprimées : *« Partagée entre l'envie de rentrer chez elle et de rester ici, peur de la solitude... sentiment d'être perdue au milieu de tous ces changements. Semble résignée, comprend bien les raisons pour lesquelles elle ne pouvait rester chez elle, mais a du mal à accepter son placement. Inquiète pour son mari resté à la maison... Exprime le souhait d'un retour à domicile... Pleure et se plaint de sa difficulté à s'habituer à la maison de retraite. A du mal à accepter la perte de ses capacités physiques et la brutalité du changement de ses habitudes... ; Se plaint de solitude et d'ennui. Difficulté de contact avec les autres résidants car ne voit pas de points communs avec eux... Désarroi exprimé en lien avec l'appréhension de ce nouveau lieu d'habitation. Expression des idées de suicide... Plaintes somatiques, agressivité, sentiment de dévalorisation, d'inutilité, de solitude, d'ennui, opposition...Idées noires à surveiller... »*

Au delà des plaintes exprimées, de nombreuses manifestations sont observées par les soignants, traduisant le mal-être que les personnes ne peuvent dire. Il s'agit avant tout d'agressivité, de refus des toilettes, habillage, prise de médicaments, refus de manger et perte de poids, insomnies. On peut aussi observer un mutisme, des pleurs, des « fugues ». Malgré la présence attentive du personnel, la rupture de vie que représente l'entrée à la maison de retraite Delante peut provoquer de multiples réactions que l'on voit parfois perdurer.

Les risques de dépression en EHPAD.

La rupture de vie que constitue l'entrée non choisie en EHPAD a des conséquences plus ou moins graves sur le moral des résidants.

Avant de parler de syndrome dépressif, on peut simplement remarquer, comme le souligne Y. Kagan dans un dossier de gérontologie pratique, que : *« La tristesse est un sentiment normal, fréquent dans le grand âge, tant les épreuves sont nombreuses. Pour que la tristesse évoque une dépression, il faut qu'elle envahisse tous les domaines de l'existence, assombrissant les investissements du*



*quotidien, qu'elle apparaisse disproportionnée par rapport aux difficultés existentielles, et ce tous les jours pendant plusieurs semaines. »<sup>36</sup>*

Le service infirmier de l'EHPAD Delante a remarqué une augmentation des syndromes dépressifs chez les résidants, en distinguant la phase de perturbation qui succède à l'admission, de celle, plus insidieuse, qui s'installe quelques mois après, lorsque le résidant a réalisé qu'il ne rentrerait plus chez lui.

Il reste à évaluer et à faire diagnostiquer par le médecin, la réalité d'une dépression chez le sujet âgé, en distinguant l'origine somatique, vasculaire, liée à un début de démence ou à des problèmes psychiatriques parfois anciens. Les épisodes de deuils sont des phases de douleur morale transitoires nécessaires, mais qui peuvent générer une dépression lorsqu'ils s'installent dans la durée.

Sentir vaciller son intégrité identitaire lors d'une entrée en institution peut occasionner, à des degrés divers, selon les sensibilités et l'affaiblissement des personnes, tristesse et dépression. Les équipes soignantes sont attentives aux manifestations de cet ordre, mais peu formées à discerner le moment d'alerter le praticien compétent à intervenir lorsque ces états perdurent.

Les risques de suicide en EHPAD.

La phase d'intégration traverse pratiquement toujours un épisode dépressif, évoluant parfois grâce à la mise en place d'un traitement médical, au soutien des familles et à l'acceptation de cette vie nouvelle. Néanmoins, il arrive que cette épreuve ne soit pas surmontable et qu'elle échappe aux soins de la psychologue et à l'attention des soignants.

Ainsi, un matin de mai 2006, Mme B. fut retrouvée allongée sur la chaussée non loin de la maison de retraite, par une salariée venant prendre son service. Aucun véhicule n'était passé sur cette route et la catastrophe fut évitée. Mais l'histoire de l'établissement relate deux cas de décès dans les dix dernières années, par noyade et strangulation, malgré la vigilance du personnel. Six tentatives de suicide ont échoué sur cette même durée ; ces cas sont rares mais ils marquent bien la fragilité réelle des personnes dont l'âge avance, qui sont confrontées de plus aux deuils de leurs amis, familles. L'institutionnalisation n'est qu'un des facteurs de risque, parmi les causes décelables des éventualités de suicide, mais le déracinement de vie les majore. Resitué au niveau national, ce phénomène a été

---

<sup>36</sup> KAGAN Y. Comment reconnaître une dépression ? *Gérontologie pratique*. Mai 2006, n°177, .p 5.

évoqué lors du colloque GERONTEXPO de mars 2005<sup>37</sup> et rapporte que le risque de suicide est plus fort chez les hommes que chez les femmes. « ...le taux de décès augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans, reste relativement constant jusqu'à 70 ans pour s'accroître ensuite fortement chez les hommes. Le taux de mortalité par suicide des hommes est plus élevé que celui des femmes dans toutes les tranches d'âge. Le différentiel s'accroît aux âges élevés, ... mais augmente encore aux grands âges. Une étude<sup>38</sup> met en évidence cet effet d'âge [...] Selon ce travail, on devrait s'attendre à une hausse tendancielle du taux de suicide dans les années qui viennent, parallèlement à l'avancée en âge des générations du baby boom. Enfin, certains groupes au sein desquels on enregistre des taux de suicide significativement plus élevés apparaissent comme particulièrement à risque. L'un de ces groupes est représenté par les personnes âgées en maison de retraite. »

Si l'avenir ainsi décrit nous alerte, la situation actuelle à l'EHPAD Delante n'est pas alarmante, mais cette question n'est pas actuellement traitée dans la prise en compte des antécédents des personnes que nous accueillons.

#### **CONCLUSION PARTIE 1 :**

La plupart des personnes accueillies en EHPAD actuellement n'a pas choisi cette vie en institution et souffre d'une rupture brutale avec le mode de vie à domicile. Agées de plus de 80 ans, fragilisées par les problèmes de santé et les dépendances, les personnes accueillies subissent leur vie en collectivité comme une contrainte nécessaire. Déstabilisés par l'urgence et la non préparation de ce changement de vie, les résidants connaissent une modification radicale de leurs habitudes, mettant en péril leur équilibre identitaire. Les relations avec leurs proches sont également modifiées et la place de la famille n'est ni suffisamment valorisée ni harmonisée, entre leur parent et les professionnels.

Le maintien à domicile favorisé par les prestations et la perspective de fin de vie, n'invitent pas les personnes âgées et leurs familles à envisager l'entrée en institution. L'accompagnement prodigué à l'EHPAD Delante, malgré une volonté d'adaptation aux souhaits des résidants, n'a pas réussi, à ce jour, à redonner les repères suffisants pour mieux vivre la perte du domicile et préserver son identité.

---

<sup>37</sup> *Peut-on bien vieillir aujourd'hui en France ?* Colloque GERONTEXPO. 8-10 mars 2005. Paris. 2005. Documentation FNADEPA. P.25.

<sup>38</sup> ANGUIS M., CASES C., SURAULT P. *L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération.* DREES. Etudes et résultats, n° 185, août 2002.

## **2 LA MAISON DE RETRAITE DELANTE : UN HEBERGEMENT COLLECTIF EN RUPTURE AVEC LE MODE DE VIE ANTERIEUR. LE MAINTIEN DE L'IDENTITE DU RESIDANT MIS EN DANGER PAR LA VIE INSTITUTIONNELLE.**

### **2.1 Les besoins des usagers repérés par les professionnels, face à des attentes peu exprimées.**

#### **2.1.1 Le recueil des besoins de la population Seniors.**

L'observation des besoins de la personne doit se faire dans son environnement et peut s'appuyer sur les associations de retraités, (CODERPA: Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées, Aînés ruraux), les bénévoles et les acteurs de la cité d'une manière générale, commerçants, intervenants libéraux de santé et de soutien à domicile. Différentes enquêtes apportent des éléments de compréhension et permettent d'identifier les besoins utiles à reconstituer une vie en établissement la plus représentative du domicile.

L'observatoire régional des pays de la Loire<sup>39</sup> cite différentes enquêtes, dont le CREDOC (Centre de recherche et d'observation pour l'étude et les conditions de vie), qui réalise chaque année depuis 1979 une enquête permettant d'analyser les comportements des français en fonction de leur âge. On y remarque que : « *...la proportion de personnes qui déclarent recevoir des amis est d'une grande stabilité au-delà de 40 ans, avec une proportion de 35%, y compris au-delà de 70 ans [...]* Ainsi recevoir chez soi régulièrement est une pratique qui a gagné beaucoup d'adeptes, quel que soit le groupe d'âge. » L'enquête « valeurs » réalisée en 1981, 1990, et 1999 complète ainsi les informations sur les relations sociales des français : « *Les Français se réfèrent de plus en plus à des catégories qui ont une forte proximité avec leur entourage immédiat et leurs caractéristiques individuelles, au détriment du sentiment d'appartenance à des catégories plus larges, et de l'affiliation à des organisations censées représenter des intérêts collectifs.* » Au regard de ces observations, je constate que les personnes accueillies doivent assumer une rupture avec les relations qu'elles entretenaient régulièrement chez elles. La reconstitution d'un réseau social reste alors à réaliser

---

<sup>39</sup> *Situation sociale et attente des seniors* Observatoire régional des Pays de la Loire. Août 2004. Schéma Départemental des Personnes Agées de la Sarthe, Document 51. p25.

L'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance)<sup>40</sup> a décrit les aides apportées aux personnes vivant à domicile et me permet de les comparer avec ce qu'il est souhaitable de mettre en place en EHPAD dans la continuité de l'accompagnement. : « ...les soins personnels (toilette, habillage, repas...), se déplacer dans le logement, la défense des droits et intérêts, aller voir le médecin/ou s'occuper des problèmes de santé, gérer le budget ou s'occuper des papiers et démarches administratives, faire les courses et/ou acheter les médicaments, les tâches ménagères[...] assurer une présence, et autres activités»

Le recueil des besoins par les professionnels de l'EHPAD, une observation attentive, mais insuffisamment exploitée.

La procédure d'admission à l'EHPAD Delante a été élaborée en mettant l'accent sur la préparation à l'entrée, dans le but de recueillir un maximum d'informations utiles à la connaissance des besoins spécifiques de chacun. Outre les informations administratives et l'évaluation médicale, il reste très difficile d'obtenir davantage de renseignements sur le mode de vie de la personne concernée. Les circonstances de l'urgence et le choix mal vécu de l'entrée en institution par le résidant et ses proches limitent le dialogue et même les rencontres préalables.

La connaissance de l'histoire de vie de la personne âgée est indispensable pour mieux appréhender les éléments utiles à la recomposition de son identité dans l'accompagnement et dans la reconstruction d'un univers porteur de sens dans sa vie à l'EHPAD. Les personnes accueillies ne se livrent pas d'emblée dans le récit. Par contre, une fois l'étape d'intégration engagée, elles peuvent être intarissables sur leurs souvenirs. Le recueil des informations est également effectué auprès des familles et des proches. L'histoire de vie utile au maintien identitaire en EHPAD est avant tout subjectif et l'utilisation qui en est faite demande les compétences de psychologues, afin d'utiliser les aspects valorisants, sans déstabiliser davantage le résidant par des pans de son histoire oubliés. « Pour être utile à la vie, l'histoire doit être critique, éclairant et renforçant le présent, même par l'oubli et la condamnation du passé. [...] Vouloir faire une histoire de sa vie, c'est vouloir accéder à l'historicité, c'est-à-dire à la construction personnelle de sens à partir de sens reçus, des non-sens et contresens qui égrènent et jalonnent l'expérience

---

<sup>40</sup>ENQUETE HID - Handicaps-Incapacités-Dépendance (INSEE - 1998-2002) Disponible sur Internet : <http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/epistats/autresstats/hid.htm#pres>

*vécue des entre deux, naissance et mort, organisme et environnement. [...] Parce qu'il a son autonomie, ce présent historique libère des capacités personnelles de projection qui en fait une rampe de lancement pour piloter l'avenir. »<sup>41</sup>*

A l'EHPAD Delante, les histoires de vie sont recueillies régulièrement par le personnel soignant, agrémentées de photos anciennes, et consignées dans le dossier de chaque résidant. Une partie des réunions d'équipe est consacrée à la mise en commun des informations recueillies, et la psychologue participe à ces échanges en apportant les informations qui lui semblent utiles à l'équipe. Mais jusqu'à présent, l'ensemble de ces informations n'est pas utilisé, par crainte de nuire plutôt que d'aider la personne à s'identifier au regard des caractéristiques connues de sa vie. La psychologue n'étant présente qu'une journée par semaine, il n'a pas encore été possible d'exploiter avec elle la particularité de chacun pour l'adapter en termes d'accompagnement.

Les nouveaux besoins de prise en charge : la désorientation et l'aide aux aidants. Les demandes d'accueil de personnes désorientées, le plus souvent atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, ne peuvent être satisfaites par l'EHPAD Delante actuellement. Il s'agit pourtant d'une demande en augmentation, que nous devons orienter vers d'autres établissements. Les campagnes de diagnostic permettent d'affirmer que « *ce seraient près de 800 000 personnes qui seraient atteintes de démences dont près de 600 000 de la maladie d'Alzheimer.[...] l'apparition des symptômes qui évoluent sur plusieurs années entraîne la perte des repères dans le temps et dans l'espace et de graves troubles du comportement.* »<sup>42</sup> Lorsque les résidants présents manifestent des troubles de cet ordre, les équipes tentent de maintenir l'accompagnement, dans les limites des perturbations et du danger que représente une structure non adaptée.

Qu'il s'agisse de familles prenant en charge un parent âgé, à fortiori atteint de désorientation, l'épuisement des aidants « naturels » est avéré, lorsque la dépendance demande une aide constante. Bien souvent, il s'agit d'une fille ou belle fille, dont la santé est mise en péril par une impossibilité de prendre le temps pour elle-même de se reposer, voire de se soigner.

---

<sup>41</sup> PINEAU G., LE GRAND J.L. *Les histoires de vie*. Paris : Puf. 2002.127 p.

<sup>42</sup> VILLEZ A. *Adapter les établissements pour personnes âgées. Besoins, réglementation, tarification*. Paris : Dunod. 2005. 392 p.

## 2.1.2 La phase d'entrée en maison de retraite, une anticipation difficile qui ne prépare pas la personne à recréer son foyer identitaire.

L'entrée en établissement, choisir ou subir son mode de vie.

Les circonstances de l'entrée en maison de retraite déterminent l'investissement envisageable pour la personne dans sa nouvelle étape de vie<sup>43</sup>. Le temps de l'accueil à la maison de retraite Devante n'est pas suffisamment adapté dans sa forme et dans la durée, en raison du manque de préparation.

J.C. Dauverchain situe bien l'importance d'être acteur de sa vie pour réussir son vieillissement, qu'il s'agisse ou non de le réaliser en institution. Il écrit, dans :

*« Facteurs prédictifs d'un vieillissement réussi : Le lieu de vie.*

*Il semble [...] que ce ne soit pas l'institutionnalisation en elle-même qui influe sur les modalités du vieillissement, mais plutôt les raisons de l'institutionnalisation et les conditions de vie dans l'établissement. Si l'établissement est nécessité par des raisons de santé ou décidé par d'autres il peut être responsable d'un déclin des performances ; par contre, si l'institutionnalisation est un choix personnel, elle n'influe pas sur les performances cognitives. L'intérêt porté aux activités effectuées est corrélé de façon significative au vieillissement avec succès. A travers cet intérêt, c'est le sentiment d'implication et de vie sociale qui détermine le vieillissement avec succès. Le fait d'avoir des projets de vie joue un rôle important dans la satisfaction de vie. Les activités exercées-passées, présentes et futures favorisent le vieillissement avec succès, parce qu'elles procurent une estime de soi, un sentiment d'utilité, parce qu'elles donnent un sens à la vie. »<sup>44</sup>*

Les personnes accueillies sont peu associées au processus décisionnel de leur entrée en maison de retraite, même si le protocole d'accueil donne l'obligation d'une visite du futur résidant, ou d'une rencontre avec le personnel avant l'entrée.

La plupart des demandes d'admissions que nous recevons émane des familles ou des services sociaux des hôpitaux périphériques lorsque la personne n'a pas de famille. Il n'est pas rare de constater que le futur résidant n'est pas informé de ce projet le concernant. La résistance des proches à aborder la question avec leur parent est récurrente et marque bien les souffrances générées par cet acte de « placer » son parent en institution. Les conséquences d'une entrée ainsi « mentie », parfois jusqu'au jour même de l'admission, a des répercussions dramatiques sur le vécu du résidant par la suite.

---

<sup>43</sup> Annexe 1, p.A3, A4.

<sup>44</sup> DAUVERCHAIN J.C. *Le vieillissement réussi*. Paris : Serdi, 1997. 105 p.

L'entrée en urgence, un choc psychologique déstabilisant.

Pour 80% des personnes accueillies en 2005, l'entrée s'est faite dans l'urgence<sup>45</sup>.

« Dans la majorité des cas, les personnes âgées entrent en EHPAD parce qu'elles ne peuvent pas faire autrement. C'est l'impossibilité de subvenir à leurs besoins à domicile qui les conduit dans ces structures, rarement un choix délibéré » comme nous l'explique Eléonore VARIANI<sup>46</sup>.

Jérôme Pélissier résume ainsi les risques de l'urgence du placement : « Entre maisons de retraite surchargées et hôpitaux débordés, la vieille ou le vieux qui doit brutalement quitter son habituel lieu de vie risque d'être pris dans un engrenage qui peut facilement transformer une personne âgée affaiblie en une grabataire confuse et dépendante »<sup>47</sup>.

Les résidants viennent le plus souvent du domicile ou d'un service de soins<sup>48</sup>. La décision d'entrer en institution est toujours prise lorsqu'il n'est plus possible de garder la personne concernée.

Au domicile, il s'agit de la sécurité et des limites atteintes par les services de maintien à domicile ou par les familles. Concernant la fin d'une période d'hospitalisation, c'est une décision médicale qui pose la fin de la prise en charge et impose le choix de l'entrée en maison de retraite, avec un impératif de date généralement imminente.

Les circonstances d'entrée à la maison de retraite Delante révèlent les points de rupture avec le domicile

Aujourd'hui, chaque entrant, doit intégrer dès le premier jour le cycle collectif des heures des lever/toilettes/repas/animations imposés par le fonctionnement de la maison de retraite. Les trois étages, les longs couloirs manquant de repères, sont un parcours inconnu pour aller jusqu'à la salle à manger, découvrir et repérer sa chambre. Côté tant de nouvelles personnes, dans un espace tellement plus grand que le logement qu'ils ont quitté quelques heures auparavant, représente un effort de mémorisation générateur d'angoisse. Le nouveau résidant se trouve immergé dans un univers qui lui est étranger, confronté à des règles de vie collectives qu'il ignore, aux personnes âgées qui y vivent et au personnel qu'il ne

---

<sup>45</sup> Annexe 1, p.A4.

<sup>46</sup>VARIANI E. Faciliter l'entrée en établissement. *Décideurs en gérontologie*, janvier/février 2004, n°59, p.12.

<sup>47</sup>PELLISSIER J., *La nuit, tous les vieux sont gris*. Paris : Bibliophane-Daniel Bradford. 2003. 347p.

<sup>48</sup> Annexe 1, p.A3.

connaît pas. La vigilance du personnel, les noms et photos sur les portes des chambres, aident alors à se repérer.

Venant d'une institution sanitaire, nous avons remarqué que la surprise est moins grande, le résidant ayant déjà expérimenté la vie à l'hôpital, il semble moins déstabilisé par l'entrée.

La prise en charge, axée en premier lieu sur l'aspect soignant, indique le manque de vision globale de l'individu dans l'accompagnement, dès l'entrée. Les admissions, effectuées par les infirmiers, peuvent être envisagées autrement, pour marquer l'accompagnement des personnes dans leur identité sociale.

### **2.1.3 L'hébergement actuel à la maison de retraite Delante créant rupture avec le mode d'habitat à domicile, la perte du chez soi en EHPAD et les contraintes de la collectivité.**

Les carences de l'offre interne actuelle, objectivées au regard des recommandations du référentiel qualité.

Edité dans le guide des EHPAD<sup>49</sup>, ce référentiel a été réalisé dans le cadre du Programme Régional Hospitalier 2002-2004 par un groupe de travail piloté par la CRAM d'Aquitaine. Il apporte des indicateurs précis concernant une prise en charge de qualité des résidents et témoigne de la prise en compte par le législateur du respect des individus, tant sur le plan relationnel que des prestations. Au regard cet outil, j'ai répertorié les manques dans l'offre de service actuelle de l'EHPAD Delante, liés à la possibilité pour le résident de reconstituer un chez-soi dans la structure. Il s'agit de : « *l'adaptation des espaces architecturaux, afin qu'ils constituent un lieu de vie pour les personnes dépendantes [...]. Concernant les espaces privatifs : Possibilité pour les résidents de personnaliser leur lieu de vie et recevoir leurs proches.[...] Concernant les espaces collectifs : Organisation des espaces pour favoriser les liens sociaux et améliorer le confort des résidents. Participation des familles et/ou de l'entourage à certaines activités.[...] Existence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie. [...]* L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés. » L'ensemble de ces carences repérées dans l'établissement actuel montre bien les difficultés de maintien du lien social, le

---

<sup>49</sup>Guide de la réforme des EHPAD, Décembre 2003. Disponible sur Internet : [http://www.cram-aquitaine.fr/pdf/sante/ehpad/guide\\_ehpad.pdf](http://www.cram-aquitaine.fr/pdf/sante/ehpad/guide_ehpad.pdf)



manque d'ouverture de l'établissement au réseau environnant et l'impossibilité d'y recréer un chez soi.

Les limites de la structure architecturale principalement remises en cause en raison du manque d'espaces, dans et hors les chambres et de la vétusté de l'ensemble de l'établissement.

Les limites structurelles actuelles, 8 chambres doubles, de surface restreinte, le manque de pièces communes conviviales, de place dans les salles à manger, de lieux de vie. La chambre est l'espace privé où reconstituer son intimité, condition essentielle pour conserver les repères identitaires. Peu investie à Nogent par manque d'information, les résidants et les familles ne pensent pas être autorisés à apporter des objets et meubles personnels en raison des normes de sécurité. Le manque d'investissement est souvent du au fait que la personne attend toujours de rentrer chez elle.

Le poids du collectif et la difficulté d'articuler individualité et vie institutionnelle.

Les rythmes de vie de l'institution constituent un défi permanent aux rythmes personnels et particuliers de chacun. C'est le temps de l'institution qui reste prégnant et s'impose à tous, alors que le temps de la personne âgée est négligé pour cause d'organisation. Entre l'heure de réveil et celle du coucher, la journée d'un résidant est découpée en différents temps et rituels qui ponctuent ses rythmes et portent atteinte aux repères temporels s'ils ne sont pas les siens. Cette perte, comparativement aux habitudes anciennes, participe à une éventuelle désorientation, et les temps biologiques doivent être satisfaits pour tous au même moment.

A la maison de retraite Delante, une réflexion à ce propos a été commencée en 2003 lors d'un audit organisé sur le service soins, pour tenter d'adoucir les écarts entre rythme personnel et institutionnel. A ce jour, il est impossible de réfléchir à une autre organisation des soins sans évoquer le manque de personnel, donc de temps de présence auprès de chaque résidant au plus près de ses besoins. Le lever commence à partir de 7h, enchaînant toilette, habillage et petit déjeuner, selon les personnes et leur état de dépendance. Le repas de midi commence à 12h, de plus en plus de personnes devant être aidées en salle à manger ou mangeant dans leur chambre. Dans l'après-midi, les temps d'animation mobilisent un personnel moins nombreux, en raison d'un emploi du temps favorisant les temps forts du matin et du soir, avec le dîner à partir de 18h. De ce fait, le temps d'animation reste le plus exposé à suppression dès lors que le personnel vient à manquer. Le moment du goûter, à 15h30, reste fixe dans l'organisation actuelle. Les points forts organisés autour des repas ponctuent des rythmes qui ne

correspondent pas pour tous aux moments de sensation de faim, mais sont des repères de la vie à l' EHPAD auxquels les résidents sont tenus.

Le temps s'organise aussi dans l'espace imposé par la structure. La maison de retraite a été construite pour des personnes plus valides que celles accueillies aujourd'hui. Ainsi, la longueur des couloirs et les trois niveaux demandent maintenant beaucoup de temps pour accéder aux salles à manger à l'heure aux repas. Les fauteuils roulants et déambulateurs font une file d'attente devant le seul ascenseur, longtemps avant l'heure des repas.

Le sentiment d'enfermement porte atteinte à la perception de l'identité.

La grande dépendance isole de surcroît la personne limitée dans ses déplacements. La difficulté - ou l'impossibilité - d'aller vers un lien social extérieur à la structure, voire même de se déplacer seul dans l'établissement, obligent à rester là où les autres les emmènent. Vivre l'inter-génération, pour conserver son identité sociale n'est pas suffisamment favorisé dans la maison de retraite pour les personnes les plus dépendantes qui ne peuvent plus en prendre l'initiative. Il n'est pas possible de recevoir intimement ses enfants, petits enfants, comme chez soi, donc de vivre sa place dans la génération et son identité d'aïeul.

La continuité de l'appartenance citoyenne est interrompue, par le manque d'information concernant l'actualité sociale du pays. Le décalage avec les rituels calendaires, comme aller au cimetière un autre jour que la Toussaint, entraînent de multiples ruptures dans les actes importants en termes de repères sociaux et participent à la sensation de ne plus faire partie de la société, de continuer à vivre, mais hors de la communauté sociale.

La mise sous tutelle de certains résidents est vécue comme une atteinte aux droits fondamentaux de la liberté de gérer sa vie. « L'argent de poche » laissé mensuellement à la disposition de la personne impose une image infantilisante de régression, dont le sens n'est pas suffisamment expliqué par les gérants de tutelle. Garder son identité sociale reste lié à des notions de maîtrise, de connaissance de ce que l'on possède. La perte de contrôle est douloureuse et incompréhensible. Mme A., après son arrivée en 2004 à la maison de retraite Delante, manifestait beaucoup d'agressivité envers les soignants. A chaque entretien, elle me demandait « *d'aller voir son notaire, qui allait tout arranger et devait être informé de sa situation, puisqu'on l'avait placée là. Lui, savait bien ... et qu'elle allait rentrer chez elle...* »

## **2.2 L'individualité dans l'accompagnement, un vecteur d'identité dans la vie quotidienne. L'EHPAD Delante dans l'émergence d'une politique du libre choix.**

### **2.2.1 L'accompagnement dispensé actuellement à la maison de retraite Delante manque de moyens et de perspectives pour être suffisamment personnalisé.**

De la conformité à la qualité de l'accompagnement, une évolution à formaliser et un formalisme à optimiser.

La mission d'accompagnement de l'EHPAD prend son sens dans tout le trajet de la vie à Nogent. « *L'accompagnement a un sens de partage, d'être avec, à côté et non à sa place ; chacun est considéré comme sujet et acteur, aucun n'est l'objet de l'autre* », nous dit Gaston PINEAU<sup>50</sup>, Cela suppose ne pas s'y substituer, mais entrer avec lui dans la construction de la suite de son trajet de vie.

Le travail des équipes professionnelles s'est enrichi depuis l'audit en 2003 autour du soin, dans une vision globale des personnes accueillies. Cette introspection de groupe a permis de recentrer les actions et fait prendre du recul aux soignants dans leurs pratiques quotidiennes. Des réunions régulières ont permis de repenser à la base le rôle de chacun à la maison de retraite et de mesurer les écarts entre une qualité de travail attendue et la difficulté d'individualiser l'accompagnement.

Les projets de soins et projets de vie n'ayant pas encore été réalisés, aucun espace de réflexion commune avec la direction n'a été organisé pour les rédiger. Les équipes sont cependant en attente et prêtes à s'investir dans une formalisation de ce qui existe déjà et dans une réflexion d'amélioration.

Par ailleurs, les outils de la loi de 2002 sont en place, mais utilisés davantage par formalisme, n'ayant pas fait l'objet d'une concertation.

Le Conseil de la Vie Sociale fonctionne règlementairement, un contrat de séjour est signé entre le résident et la direction mais le travail d'accompagnement à la lecture et la compréhension de ce document est incertain. Le règlement de fonctionnement est en place également, mais au regard des circonstances d'entrée de la plupart des résidents, il ne fait l'objet d'aucune remarque et la question reste posée de la lecture qui en est faite. La charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>51</sup> est jointe au dossier d'admission, affichée, mais non commentée. Un livret d'accueil est distribué avant l'entrée. En résumé, l'établissement est en conformité au regard de la législation, mais si ces outils ne

---

<sup>50</sup> PINEAU G. *Accompagnements et histoire de vie*. Paris : L'Harmattan. 1998. 303 p.

<sup>51</sup> Annexe 4, p.A28.

sont pas « habités » par les personnes concernées, la qualité qu'ils sont censés apporter reste fictive.

Les moyens humains, en termes de compétences professionnelles doivent être développés.

Dans les établissements tels que l'EHPAD Delante, les ratios d'encadrement de personnel<sup>52</sup> ne permettent pas d'avoir suffisamment de soignants qualifiés, pour assurer les soins quotidiens. Des agents non diplômés assurent donc les soins, en complément des AS, AMP (Aide Médico Psychologique), et IDE. Pour cela, une aide-soignante a été formée au tutorat et se charge de la formation des remplaçantes.

Les soins personnels confiés aux soignants entrent dans l'intime de la personne, ils touchent au corps et nécessairement à tout de qui est gardé pour soi, par pudeur, gêne ou culpabilité. La toilette est, à cet égard, un moment fort de partage de l'intimité, où dévoiler son corps vieilli est porteur d'émotion et d'abandon possibles. Ces temps d'aide sont chargés de sens dès lors que le respect permet de prendre soin au-delà de l'hygiène.

Garder au résidant sa dignité au-delà de ses dévoilements contribue à restaurer une image positive de son intégrité identitaire. Il en va de même pour tous les actes dont les incapacités amènent à demander l'aide d'un tiers, comme pallier à l'incontinence, à prendre ses repas, à s'orienter, se déplacer, et tous les gestes de la vie quotidienne, si personnels à chacun.

Dans l'accompagnement actuel, la rapidité d'exécution de la satisfaction des besoins ne prend en compte cette notion d'intimité dans l'échange que par le savoir être des soignants, donc de manière intuitive. L'ensemble du personnel n'a pas été formé, sensibilisé à l'individualité des perceptions intimes et à la manière d'y répondre dans l'esprit de particularité identitaire de chaque résidant. Pour autant, le personnel soignant est en demande de repères, de formations et accepte la communication à ce sujet.

L'organisation du travail est remise en question, pour privilégier des temps auprès de chaque résidant.

La prise de conscience de l'ensemble du personnel d'un besoin de réorganisation a émergé naturellement, avec le constat qu'une perte de temps résidait dans l'organisation elle-même des tâches. Après avoir modifié les

---

<sup>52</sup> Ratio d'encadrement soignants diplômés à l'EHPAD Delante = 0,19.

temps de pause et de transmissions, à mon arrivée en 2002, l'audit en 2003 a permis d'envisager une autre forme d'organisation de travail, orientée vers le respect des rythmes de chaque résidant au cours de la journée. Afin d'optimiser le temps quotidien pour favoriser l'animation auprès de tous et de chacun, il devenait incontournable de changer les horaires et les roulements des plannings.

Contrastant avec le ralentissement des rythmes des personnes âgées, le personnel, quant à lui, manque toujours de temps et travaille souvent à un rythme accéléré pour effectuer l'ensemble de ses tâches.

L'émergence du besoin d'accompagner autrement les personnes accueillies est issue du besoin de travailler plus individuellement auprès de chaque résidant. Ce qui permet de repenser l'organisation en tenant compte des besoins des résidants, de chercher à l'adapter avec les moyens en personnel et non l'inverse. Cette élaboration en cours<sup>53</sup>, est effectuée par un groupe de volontaires, agents de service et soignants.

Le temps de travail conditionne la présence auprès de chaque résidant, la vitesse à laquelle on effectue une toilette, le fait de faire à la place de la personne pour aller plus vite, lui enlevant ainsi ce qui lui reste d'autonomie.

## **2.2.2 La synergie du travail des professionnels de l'EHPAD et des acteurs extérieurs, au service du maintien identitaire : Une dynamique difficile à mettre en œuvre.**

L'EHPAD Delante reste isolé du réseau social local, malgré son implantation.

La majorité du personnel réside à proximité de Nogent le Bernard, voire dans le village<sup>54</sup>. L'EHPAD, au centre de la commune, jouxte l'église et la place centrale.

Dans ce contexte rural, il n'est pas rare que les salariés connaissent les enseignants de l'école, les commerçants, les artisans qui ont eux-mêmes des relations avec certains résidants. Ce contexte particulier favorise les échanges et contribue à créer une ambiance familiale à l'intérieur de la structure.

Cependant, pour 60% des résidants, ce village est inconnu du fait de l'éloignement de leur domicile d'origine.

Les résidants autonomes peuvent se rendre seuls dans le village, créer des liens avec les habitants. Mais la dépendance confine à l'intérieur de l'établissement les personnes ne pouvant se déplacer seules, restreignant leurs contacts sociaux.

---

<sup>53</sup> Annexe 2, p.A11, A12.

<sup>54</sup> Annexe 2, p.A9.

Les résultats de l'étude menée sous la direction de Monique Membrano, dans le cadre de la rédaction du Livre Blanc de l'Aide aux Aidants ont montré «...la nécessité de s'insérer dans les réseaux locaux existants, et de développer des liens interpersonnels, [...] ces démarches sont plus faciles en zone rurale... »<sup>55</sup>

L'ensemble du réseau ne favorise pas l'intégration des résidents, alors que le maintien du lien aiderait particulièrement au début de l'entrée en institution. Or, ce moment crucial met en danger l'équilibre identitaire d'une personne arrivant à la maison de retraite, perdant brusquement contact avec son entourage.

Tous les acteurs du maintien à domicile sont témoins du parcours de vie de la personne que nous allons accueillir et peuvent transmettre, avec le résident, l'ensemble des paramètres nous permettant de le connaître et d'adapter notre prise en charge en fonction de son histoire.

La place de la vie sociale au sein de l'établissement reste à déterminer dans un projet global formalisé, de l'animation structurée à l'ouverture ponctuelle possible au réseau et aux familles, au service de la personne, être relationnel.

Le manque d'intégration du réseau local à la vie interne confirme la notion d'enfermement et d'isolement social.

La vie sociale à Nogent le Bernard reste riche grâce aux écoles, maternelle et primaire, mais les liens avec la maison de retraite sont rares et unilatéraux.

Les enfants viennent pour carnaval, déguisés, raconter des histoires ou chanter pour les résidents. Cette visite est annoncée par les enseignants, sans concertation de date et l'animation de l'EHPAD se cale sur ce projet en organisant un goûter. Il est même arrivé qu'ils visitent par surprise la maison de retraite au moment d'Halloween, créant plus de peur que de plaisir aux personnes âgées qui ne connaissaient pas cette fête. Une concertation minimale serait souhaitable, avec l'élaboration d'un lien plus régulier et réfléchi ensemble.

L'association des Aînés ruraux visite deux fois par an la maison de retraite, sur le même mode organisationnel : Leurs dates sont prévues et nous les inscrivons dans l'agenda des animations. Leurs activités sont très organisées et les contacts ponctuels, il semble difficile de fonctionner autrement avec cette association.

---

<sup>55</sup>MEMBRANO M., VALETTE M., Livre blanc de l'aide aux aidants, Université Toulouse II, décembre 2004. Disponible sur Internet :

[http://www.pratiquesensante.info/bd/article.php3?id\\_article=47](http://www.pratiquesensante.info/bd/article.php3?id_article=47)

Très peu de bénévoles interviennent à la maison de retraite, une seule personne venait régulièrement, mais elle n'emmène plus les résidants dans son véhicule personnel en raison de la responsabilité liée aux assurances.

Les professionnels du réseau gérontologique intervenant à l'EHPAD sont uniquement ceux du soin : les IDE libérales, celle du secteur psychiatrique, la pédicure, le kinésithérapeute, interviennent sur prescription médicale. Les médecins ont leur clientèle, et les emplois partagés de gérante de tutelle et de psychologue permettent un suivi personnalisé aux résidants le nécessitant. La vie interne est ainsi régulièrement visitée et ponctuée les journées des résidants.

La structure actuelle n'a de contacts ni avec le Clic, ni avec les hôpitaux locaux, ni le SSIAD.

La vie sociale se vit donc peu dans l'établissement, et les personnes accueillies doivent reconstruire leur univers avec les autres résidants, le personnel, ou choisir de s'isoler dans leur chambre en attendant les visites.

La vie sociale des résidants insuffisamment vécue à l'extérieur de l'établissement. L'animation se développe grâce à la mobilisation du personnel et permet aux résidants d'effectuer des sorties ponctuelles, individuelles ou en groupes.

Afin de favoriser une continuité des contacts, les souhaits de sorties des résidants sont recueillis par le personnel et accompagnés dans la mesure des possibilités.

Ces sorties peuvent répondre à des désirs jamais exprimés auparavant.

Ainsi, en 2004, une résidante a pu rencontrer sa sœur, elle-même dans une maison de retraite à environ 50 km, qu'elle n'avait pas revue depuis de nombreuses années. A l'initiative d'une aide-soignante, la sortie s'est faite avec le véhicule de la salariée et fut un évènement marquant, autant pour les deux personnes âgées, que pour le personnel. Lorsque la famille est absente ou inexistante, l'établissement prend le relais de la continuité relationnelle et contribue à reconstituer des liens.

Cet exemple a été incitateur d'autres démarches du même genre, permettant à tel résidant de retourner sur les lieux de sa vie passée, revoir sa maison, son quartier. Sensibilisé au besoin de faire vivre les résidants en lien avec l'extérieur, le personnel, invité à mettre en place des sorties, dans le cadre de l'animation, manque cependant de moyens et de temps pour le réaliser.

### **2.2.3 L'accompagnement des personnes âgées dans les politiques publiques. Vers une politique du libre choix, des réponses plus ajustées au maintien identitaire.**

Les politiques vieillesse en France évoluent, d'une logique de prestations à une prise en compte plus globale des besoins.

La prise en compte de la vieillesse dans les politiques sociales actuelles en France est liée au vieillissement démographique du pays et au déséquilibre économique qu'il engendre. Le déclin de l'Etat providence et la recherche de la maîtrise des dépenses sociales sont confrontés au besoin croissant de prise en charge de la dépendance.

Sous l'Ancien Régime, l'influence de la civilisation chrétienne manifeste une solidarité de charité réalisant une entraide spontanée de proximité. Les institutions laïques se sont ensuite inspirées des modèles de cette action sociale des Eglises, faisant lentement émerger la notion de santé publique. C'est pendant les « Trente glorieuses » (1945-1975), avec notamment l'instauration de la Sécurité Sociale que se construisent les bases du système actuel.

Dans les années 60, une véritable action sociale vieillesse est initiée, dont le rapport Laroque (1962) est considéré comme texte fondateur. De nombreux rapports se sont ensuite succédés, ainsi que plusieurs plans quinquennaux dans les années 70, préconisant une coordination gérontologique sectorielle.

Depuis près de 40 ans, les principes fondateurs défendant une adaptation optimale dans la société française d'une masse croissante de personnes âgées sont noyés dans une abondante législation<sup>56</sup>, donnant de multiples réponses s'adressant aux deux aspects de la prise en charge : les soins et l'aide à la personne. Pour autant, dès 1962, la commission du rapport Laroque défendait le maintien des liens de la personne âgée avec la société, en pointant que la rupture avec l'environnement, le changement de résidence et l'éloignement de ses relations constituaient des facteurs d'aggravation de son vieillissement.

La loi n°75-535 a joué un rôle essentiel dans la structuration du secteur social et médico-social, le définissant comme un ensemble homogène se démarquant du secteur sanitaire de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui donnait un cadre général à la santé publique.

La décentralisation initiée par les lois Defferre (1983-1986) ouvre une période d'évolution du contexte gérontologique. L'innovation s'oriente vers l'amélioration

---

<sup>56</sup> Annexe 4, p.A28.



de l'existant. L'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées est partagée entre l'Etat et les Conseils Généraux.

La loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Une refonte globale de la loi de référence de 1975 a été ouverte en 1995 et a abouti à l'adoption de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Cette loi concerne toutes les populations en situation de difficulté sociale ou en situation de fragilité, sans différenciation d'âge. La loi 2002-2 a pour principal objectif de situer l'utilisateur au cœur des dispositifs et d'affirmer ses droits. La philosophie de la loi est particulièrement exprimée dans l'article 7, précisant un engagement à respecter la dignité, l'intégrité de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité, réaffirmant le libre choix, l'accompagnement personnalisé, la confidentialité, l'accès à l'information et la participation à la mise en œuvre du projet individualisé. Les décrets qui suivirent sont autant d'outils que la maison de retraite Delante a déjà réalisés, amorçant un travail d'implication des résidents dans leur projet de vie

Entre temps et pour répondre aux besoins pressants de prise en charge de la dépendance croissante, La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 est promulguée. Elle instaure dans son article 1<sup>er</sup> une coordination de la prise en charge de la dépendance, par les départements et crée la PSD (Prestation Spécifique Dépendance). L'article V est une préparation à la réforme de la tarification.

Cette prestation est remplacée par l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002. Cette loi a pour objectif de prendre en charge partiellement le coût de la dépendance des personnes âgées, avant et pendant leur entrée en institution, favorisant de ce fait le maintien à domicile des personnes âgées de plus de 60 ans, avec des avantages que n'avait pas la PSD : l'APA est proportionnée au besoin de prise en charge de la dépendance et aux revenus, elle ne fait pas l'objet d'un recouvrement sur succession.

La réforme de la tarification voit le jour avec les décrets n°99-316 99-317 du 26 avril 1999, les arrêtés du 26 avril 1999, le décret n°2000-388 du 4 mai 2001 et les 10 circulaires de la mission MARTHE (Mission Interministérielle d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des Personnes âgées). La maison de retraite Delante a ainsi signé la convention en décembre 2004, entrant dans un budget ternaire (hébergement, dépendance, soins) et devant se conformer à un référentiel qualité d'évaluation et d'engagements.

La loi de cohésion sociale de 2005 favorise la qualification des personnels de maintien à domicile.

La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité Autonomie) a été créée par la loi du 30 juin 2004. Cette loi pose le principe d'une prise en charge collective de la dépendance, en instaurant une journée de solidarité servant à la financer.

Les orientations actuelles des politiques de la vieillesse

Dans un contexte d'absence de politique globale lisible, personnes âgées, professionnels et familles sont en attente d'un changement, tant du point de vue de la prise en charge financière que de la prise en compte de l'aspect social du vieillissement par un dispositif cohérent.

Les dispositifs d'aide révèlent une grande hétérogénéité d'acteurs et de financements, ayant chacun ses références et critères d'attribution.

De nombreux rapports ont été effectués ces dernières années, parmi les plus récents j'évoquerai celui de Paulette Guinchard-Kunstler, députée du Doubs, « Vieillir en France » réalisé en 1999, et le rapport conduit par Stéphane Le Bouler en 2006 « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix ».

Le rapport de Paulette Guinchard-Kunstler sur le vieillissement pose une base de réflexion sur les possibilités de bien vieillir dans notre pays. Ses nombreuses propositions comportent huit grands thèmes en rapport avec les améliorations possibles à l'accueil en établissement. Les propositions visent à harmoniser les actions, en les organisant au niveau national et sur des territoires, favorisant le travail en réseau de proximité.

Il s'agit de mettre en œuvre des initiatives qui redonnent une place à la personne âgée. « *Les personnes âgées ont besoin de se sentir reconnues, utiles et en dépit de leurs problèmes de santé, elles peuvent avoir les capacités de participer à des activités sociales, quel que soit leur lieu de vie.* »

Concernant la vie en établissement, malgré un déficit en moyens financiers, l'enjeu consiste en une adaptation permanente aux évolutions prévisibles. « *L'hébergement constitue une rupture spatiale [...] temporelle [...] peut finalement générer pour la personne âgées, un sentiment d'inutilité et d'enfermement. Il est donc nécessaire de développer dans la prise en charge en hébergement des animations autour des personnes, en tenant compte de leur singularité, de l'histoire de leur vie. L'individualisation est en effet essentielle pour comprendre le vieillissement dans sa complexité.* »<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> GUINCHARD KUNSTLER P. Députée du Doubs, 1999. *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994001455/index.shtml>

Le second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » fait suite à une première mission confiée en 2005 par Catherine Vautrin, alors secrétaire d'Etat aux Personnes Agées, portant sur les besoins de places en EHPAD, la répartition géographique des établissements, la définition d'un modèle optimal d'EHPAD et sur les financements des opérations de construction.

Ce rapport développe quatre axes : Diversité de l'offre et possibilités d'intégration, nombre de places aux échéances 2010, 2015 et 2025, évaluation budgétaire de financement, et la question de la répartition territoriale.

Le Plan Solidarité Grand-Âge, une politique de la longévité.

Le 27 juin 2006, Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille a présenté le plan « solidarité-grand âge ». S'appuyant sur le rapport précité, ce plan quinquennal fait suite au plan « Vieillesse et solidarité » de 2003, qui avait permis d'augmenter le nombre de places. 10 000 places de plus en EHPAD, 10 000 places en SSIAD, 4 250 places en accueil de jour et 2 250 places en hébergement temporaire.

Pour ce plan, le maître mot est « le libre choix » C'est :

- *Assurer le choix du domicile.* Favoriser le domicile avec plus d'aides et de soins, répit pour les aidants, nouvelles formes de logement.
- *Inventer la maison de retraite de demain.* Eviter les ruptures de prise en charge, augmenter le personnel et les formations, lutter contre la maltraitance, démarche qualité et maîtrise des prix de journée payés par les résidents.
- *Adapter l'hôpital aux personnes âgées.* Développer la médecine gériatrique et resserrer les liens domicile, établissement, hôpital.
- *Assurer les financements.* Lancer une mission d'études.
- *insuffler une dynamique à la recherche*

L'objectif est de former un véritable réseau de soins dans une politique de la longévité. Parmi les mesures, l'augmentation de 40% des places en SSIAD et la diversification des services à domicile financés par la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse). Les maisons de retraite devront s'ouvrir sur l'extérieur, avec l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et l'intervention des services de SSIAD ou d'aide à domicile.

Davantage de personnel soignant, avec un ratio d'encadrement passant de 0,57 à 0,65 et de 1 pour 1 pour les structures dont le GMP (gir moyen pondéré) est supérieur à 800.

Développer l'évaluation des établissements et la démarche qualité. Le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale sera remplacé par l'Agence de l'évaluation, avec des moyens renforcés en 2007.

Le plan reste d'autre part soumis à une commission de faisabilité financière qui sera rendue début 2007.

L'orientation des politiques publiques en Europe et dans les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique).

Au niveau des législations nationales, les mécanismes de prise en charge de la dépendance sont d'une grande diversité, en cela ils reflètent la diversité des systèmes de protection sociale de chaque pays.

Une enquête réalisée en 2001 sur la prise en charge de la dépendance dans plusieurs pays européens (Allemagne, Espagne, France, Royaume Uni et Suède) a montré que tous privilégient le maintien à domicile de la personne âgée dépendante mais selon des logiques différentes.

L'évaluation est centrée sur la détermination du besoin d'aide, avec des « paniers de service » qui combinent, selon les besoins, l'aide à la personne, les soins médicaux, les soins au domicile. (Le panier de service correspond au plan d'aide en France). En règle générale, plus la dépendance est élevée, plus le nombre d'heures d'aide est important. *« En définitive, dans tous les pays – mais particulièrement dans les pays du Sud où l'offre de soins est plus limitée –, la famille reste le pivot de la prise en charge de la personne âgée dépendante. »*<sup>58</sup>

Le rapport Le Bouler<sup>59</sup> confirme ces orientations dans les pays de l'OCDE. *« La plupart des pays occidentaux affichent clairement la priorité donnée à un soutien à domicile de qualité et diversifié. »* Le rapport précise que la plupart des pays occidentaux déploient la double stratégie de désinstitutionalisation et du renforcement des dispositifs de prise en charge à domicile.

## **2.3 Les équipes professionnelles : un potentiel à valoriser vers un accompagnement plus personnalisé de chaque résident.**

### **2.3.1 L'évolution des compétences professionnelles, la GPEC<sup>60</sup> a permis des formations qualifiantes, mais la professionnalisation est à poursuivre.**

La formation permanente concerne tout le personnel de l'EHPAD, le soin étant un pôle important mais à situer dans l'ensemble des services.

---

<sup>58</sup> LE BIHAN B., MARTIN C., JOËL M.E. *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume Uni et Suède : une étude de cas types.* Etudes et Résultats. DREES. n°176. juin 2002.

<sup>59</sup> LE BOULER *Personnes âgées...* Op cit.p. 76.

<sup>60</sup> GPEC = Gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le plan de formation annuel s'appuie chaque année sur les souhaits du personnel et sur les objectifs de prise en charge de l'établissement.

Tous les services étant concernés, je dois faire un arbitrage entre les besoins urgents, les formations à caractère obligatoire et les objectifs liés à la prise en charge, le tout dans une enveloppe budgétaire déterminée.

Le service cuisine comprend 4 personnes et a bénéficié en 2004 d'une remise à jour des formations spécifiques de respect des normes d'hygiène en restauration.

Le service entretien bénéficie d'un agent très polyvalent qui a du faire une actualisation de son habilitation électrique. D'autre part, cet agent est formateur en sécurité incendie et cet agrément doit être actualisé régulièrement.

Les nouveaux salariés devant intervenir auprès des résidents nécessitent des formations générales sur la connaissance du vieillissement qui sont proposées chaque fois qu'une remplaçante intervient dans l'établissement régulièrement.

D'une manière générale, je considère que tous les agents présents ont à intervenir, peu ou prou, auprès des personnes accueillies. C'est pourquoi la formation de prévention de la maltraitance, en 2003, a été dispensée à l'ensemble du personnel. De même que la formation visant à optimiser les compétences professionnelles dont l'objectif était d'aider les salariés à envisager leur avenir en s'engageant ou non vers des formations qualifiantes.

A l'EHPAD Delante, tout le personnel est mobilisé vers plus de formation et la GPEC est orientée dans la perspective du changement, dans la volonté de mieux adapter l'accompagnement des résidents, par une meilleure connaissance des besoins individuels.

Les formations qualifiantes, une tradition à l'EHPAD Delante, pas toujours corrélée aux postes disponibles.

La plupart des aides soignantes ont été formées grâce au budget formation de l'établissement, après avoir exercé quelques années sur le service de soins, sans qualification. Les effectifs budgétés n'étaient cependant pas en adéquation avec le nombre de personnes diplômées. En 2002, deux aides soignantes avaient obtenu leur diplôme mais restaient encore en attente de reconnaissance de poste.

En 2004, la signature de la convention tripartite a permis de créer ces deux postes, régularisant ainsi leur situation. Deux autres postes ont été accordés par les autorités de tarification, ce qui a permis à deux autres agents d'entreprendre des formations. Une aide soignante a donc obtenu son diplôme en 2005 et une autre personne est actuellement en formation d'AMP. Ces choix vont dans le sens d'une meilleure qualité de soins et donnent au personnel une dynamique de progression et un regard plus ouvert sur la prise en charge. Des mutualisations de

nouvelles connaissances se font d'ailleurs maintenant à leur initiative, ayant pris l'habitude, au retour des différents stages, de nous retrouver pour échanger sur les connaissances acquises et de les appliquer aux pratiques.

Une IDE a commencé en 2005 un Diplôme Universitaire de gérontologie, axant son thème de mémoire sur des besoins liés à l'accompagnement des résidents de l'EHPAD.

Les équipes soignantes sont sensibilisées à la personnalisation de l'accompagnement mais en attente de repères pour la mise en œuvre.

J'ai mis en place en 2006 une formation inter-établissements sur l'accueil des personnes âgées, invitant les établissements voisins et ouvrant ce module aux CLIC. Cette démarche avait plusieurs objectifs : un travail en partenariat et des réponses aux questions que nous posent les admissions peu anticipées créant rupture pour les résidents. Cette formation n'est pas terminée mais éclaire déjà sur le constat d'échec auquel sont également confrontés les autres participants quant à une meilleure préparation des admissions.

Beaucoup d'autres formations ont été suivies ces dernières d'années, répondant chaque fois à un domaine précis de la prise en charge. : Les soins palliatifs, les gestes d'urgence, la manutention...<sup>61</sup>

### **2.3.2 Autonomie et gestion du risque à l'EHPAD Delante, une culture ancienne à valoriser, à resituer dans le référentiel métier de chacun selon sa fonction.**

L'organigramme de la structure a du évoluer pour recentrer chaque salarié dans sa fonction d'accompagnement.

Sur les 32,84 ETP (équivalent temps plein) qui constituent le personnel actuel de l'EHPAD, on compte 10 agents AS ou AMP, formés ou en cours de formation, 2 IDE et 10,03 ASH. Une partie des ASH (agent des services hospitaliers) fait fonction d'AS pour couvrir les besoins de soins. La structure étant de l'hébergement permanent, 4,5 agents assurent les nuits.

A mon arrivée en 2002, les relations entre les salariés étaient particulièrement tendues et une grande souffrance était exprimée par une partie du personnel autour d'une qualité de travail à « deux vitesses ».

Les équipes étaient scindées en deux groupes, il n'y avait plus de dialogue entre elles, chacune cantonnée dans son service, l'établissement se prêtant à ce problème puisque son architecture sépare les services par des étages.

---

<sup>61</sup> Annexe 2, p.A10.

Une section syndicale s'était créée depuis les 35 heures de travail hebdomadaire réglementaires et l'ancienneté de certains salariés favorisait des rapports de force entre eux, perdant complètement de vue l'utilisateur, les préoccupations étant uniquement tournées vers des demandes d'avantages personnels.

Les familles se plaignaient du manque d'hygiène, et il est vrai qu'un des services était mal entretenu du point de vue ménage, et posait problème également concernant l'accompagnement des personnes âgées.

Les salariés opposés au dialogue, revendicatifs, installés dans leur service depuis parfois 20 ans, faisaient bloc contre l'autre équipe et contre l'unique infirmière. Le fonctionnement de la maison de retraite reposait sur quelques agents dont l'infirmière, l'agent administratif et quelques aides soignantes, faisant « piliers » de référence auprès des familles et des résidents.

Un organigramme cohérent<sup>62</sup> a pu être refait plus tard, lorsque chacun a été resitué dans sa fonction, AS, ASH, administration et qu'un cadre clair a déterminé les rôles, orientés vers les résidents et non centrés sur les conflits internes.

Réorganiser les services en créant un service ménage, distinct du soin, a permis à chacun de se responsabiliser en faisant des choix, même si nous n'avons pas suffisamment de personnel qualifié pour le soin, les agents faisant fonction sont clairement identifiés. Le service de soins a été réunifié, avec des affectations à chaque service et des changements réguliers de personnel.

Un système de référents par service a permis une responsabilisation et un investissement de chacun dans son rôle.

Le service infirmier s'est étoffé, avec la création d'un second poste d'IDE mais la place de la direction reste parfois à préciser, dans la représentation des responsabilités, liée à l'histoire de l'établissement face aux familles aux résidents et à certains membres de l'équipe.

L'histoire de l'établissement et des directions intérimaires vient éclairer le fonctionnement actuel des équipes.

Différentes directions se sont succédées à la maison de retraite Delante depuis sa création. Depuis 1992, cet établissement a été géré par des directeurs intérimaires successifs, dont la présence sur site représentait deux demi-journées par semaine. Aucun projet important n'a été réalisé pendant ces 14 ans mais la mise en conformité a été scrupuleusement respectée.

---

<sup>62</sup> Annexe 2, P. A8.

Ainsi, la gestion quotidienne incombait à l'agent administratif principal, et à l'infirmière, sur qui reposaient tous les aspects de la gestion, du soin, de l'accueil, des relations aux résidents et aux familles. Certaines décisions quotidiennes devaient souvent être prises rapidement, au-delà de leurs responsabilités, mais indispensables au fonctionnement. Ce positionnement explique les difficultés que j'ai pu rencontrer, lorsque certaines décisions étaient prises, sans m'en informer, alors qu'elles relevaient d'un choix de direction.

Un glissement des tâches s'était inévitablement produit, les soins infirmiers (pansements, préparation des médicaments...), étant réalisés par les aides soignantes, il restait moins de temps pour le ménage et les soins de nursing et la réglementation n'était pas respectée. Les familles ont également pris l'habitude de se référer à l'infirmière, toujours présente, à propos de la santé de leur parent, mais aussi pour toutes les questions qu'ils peuvent se poser. Il lui revenait de gérer les admissions, les plannings du personnel, conjointement à l'agent administratif.

Ce positionnement, hiérarchique par nécessité, a contribué à créer les conflits au sein des équipes et à épuiser ces agents sur qui reposaient trop de responsabilités. Les équipes soignantes ont ainsi acquis beaucoup d'autonomie dans leur fonctionnement quotidien, sachant parer aux imprévus et prendre la mesure des urgences pour les personnes accueillies.

Des résidents et du personnel de proximité, une tendance qui évolue

L'aisance relationnelle des équipes est d'autant plus favorisée par la proximité géographique de certains résidents et du personnel, en milieu rural. Le maintien de l'identité des personnes accueillies s'en trouve facilité. Cet avantage comporte cependant des risques de dérapages. Il n'est pas rare que le personnel ait connu les résidents avant leur entrée à l'EHPAD et cet aspect rassurant pour les résidents peut interférer dans le professionnalisme de l'accompagnement.

L'origine géographique des nouveaux résidents se trouvant maintenant plus éloignée, la relation avec les soignants est, de ce fait, repositionnée dans un accueil moins familier et d'autant plus attentif.

Le maintien de l'autonomie des résidents est une préoccupation majeure des équipes de soins et les demandes de formations sont orientées en ce sens. Ainsi, une aide soignante a développé depuis 2004 une activité d'aide à la marche, pour laquelle elle s'est formée auprès d'un kinésithérapeute. La valorisation apportée par la faculté retrouvée d'être debout, de se déplacer, permet aux résidents de recouvrer une partie de leur autonomie, et favorise le maintien de leur identité, de leur dignité. Sachant prendre des risques mesurés, le personnel est en demande



de formations sur la prévention des chutes, souhaitant laisser aux personnes la possibilité de se déplacer, sans avoir recours systématiquement au fauteuil roulant.

Le service de soins de l'EHPAD Delante est actuellement dans une dynamique d'accompagnement pleinement orientée vers le respect du résident dans son entité d'adulte âgé. Il reste en demande de plus de formation, pour adapter leurs pratiques, et ce mouvement devra s'étendre à l'ensemble du personnel.

### **2.3.3 Le management du changement à mener dans la perspective de l'individualisation de l'accompagnement, un mouvement initié depuis 2002 qui doit être poursuivi et formalisé.**

La communication avec les équipes, pour resituer le résident au cœur des préoccupations.

Le changement de l'accompagnement a pris ses sources, à l'EHPAD Delante, dans une prise de conscience collective de la responsabilité de chacun dans les fonctions qui lui étaient attribuées. Resituer la personne du résident dans son individualité et redonner à chaque acteur professionnel la valeur de ce qu'il peut lui apporter ont nécessité du temps et beaucoup de communication.

En construisant un système d'informations et d'échanges, dense et régulier, les équipes ont progressivement adhéré au mouvement de changement dans l'accompagnement des résidents, en se l'appropriant. Comme l'écrivent Philippe Ducalet et Michel Laforcade : « *La qualité est obtenue par la responsabilisation de chacun et la stimulation de l'initiative individuelle. Le manager actuel n'a en toute hypothèse plus le choix : son établissement est une petite démocratie pluraliste à l'intérieur de laquelle la négociation – implicite ou explicite – est permanente et dont l'efficacité dépend de la motivation de chacun des acteurs* ». <sup>63</sup>

Afin d'amener une cohésion d'équipe toujours centrée sur la prise en charge de la personne âgée, j'ai mis en place depuis 2002 un système de concertation régulière des professionnels, par service et inter-équipes <sup>64</sup>. Aujourd'hui, avec les mêmes moyens, le regard porté sur le travail effectué a pris le pas sur les conflits personnels et l'intérêt des résidents est en point de mire de toutes les actions.

Une réorganisation des services a été commencée, élaborée par les acteurs professionnels eux-mêmes et pensée autour du temps optimisé auprès du

---

<sup>63</sup> DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan. 2004. 335 p.

<sup>64</sup> Annexe 2, P.A13.

résidant<sup>65</sup>. Rester au plus près des souhaits des résidants contribue à préserver la continuité identitaire, en assouplissant les contraintes collectives.

Les contraintes structurelles sont incontournables et limitent les actions, animations et relations entre l'interne et la vie extérieure. Mais les équipes apprennent à les dépasser pour envisager une réelle ouverture de vie de l'établissement, tant dans les mentalités que dans la réalité du quotidien.

Le manque de formalisation et l'écriture des projets de soins et projets de vie : une valorisation et une amélioration de l'existant à élaborer.

Les équipes sont impliquées par ce travail en cours et des groupes de travail se sont constitués, sur la base du volontariat.

Le dossier du résidant est encore peu utilisé, il a été refait par les IDE, mais la pratique de l'écrit est encore partielle et reste souvent limitée aux cahiers de transmission. Les médecins résistent également aux demandes d'utiliser cet outil, même s'il n'est pas encore informatisé.

L'ensemble du personnel est invité à participer à l'animation auprès des résidants, en élaborant des projets, tant à l'interne qu'à l'extérieur. Si l'animation est un métier à part entière, elle est aussi considérée à l'EHPAD Delante dans toute action envisagée auprès d'un résidant. Validée par la direction pour les projets de sortie ou nécessitant un budget particulier, elle est surtout fondée sur les initiatives des salariés, en dehors des activités habituelles.

Elles témoignent d'un dynamisme, terreau dans lequel pourront se nourrir les projets de changement à venir.

Reflétant le mouvement qui s'initie d'appréhender les personnes âgées en tant qu'individu avec des souhaits, des désirs personnels, les actions d'animation prennent une ampleur nécessitant d'être canalisées, structurées, repensées ensemble. Elles sont d'autre part, très limitées par le manque de place : aucune pièce n'étant suffisamment grande pour réunir tous les résidants. Une seule pièce servant de salon permet d'y faire des activités mais c'est aussi la salle de télévision, celle où on joue aux cartes, où on peut recevoir sa famille, bref, le seul endroit fermé en dehors des chambres et des salles à manger. Ce fut aussi la salle à manger du personnel !

Maintenir la mobilisation interne et s'ouvrir au fonctionnement en réseau.

---

<sup>65</sup> Annexe 2, P.A 11, A12.

Afin de permettre aux résidents de mieux se sentir chez eux à la maison de retraite, il reste à inventer une autre approche des familles et du réseau et à les articuler aux pratiques existantes.

Pour ouvrir l'établissement, le travail partenarial n'est pas encore développé, tant avec les familles qu'avec les professionnels du réseau gérontologique.

Il reste à apprendre à connaître le réseau relationnel de la personne accueillie, à favoriser les liens participant au maintien de son identité, à effectuer ces mises en relation avec les équipes.

Elargir la notion d'accompagnement individualisé suppose de remettre en question le fonctionnement autonome des équipes et de permettre qu'à l'interne d'autres acteurs puissent s'insérer et intervenir en collaboration avec les professionnels.

Malgré la dépendance, il s'agit de permettre que le vieillissement ne soit plus un obstacle à conserver l'essentiel de son identité, en gardant la possibilité d'être encore acteur de sa vie. L'accompagnement doit pouvoir s'étendre à cette dimension, en trouvant les moyens d'aller et venir hors la structure, en tous cas d'avoir la possibilité de ce choix au quotidien, pour sortir du sentiment d'enfermement, lié aux incapacités des personnes comme à celles de la maison de retraite.

## **CONCLUSION PARTIE 2.**

Face au souhait des personnes âgées de rester à domicile le plus longtemps possible, l'EHPAD Delante se trouve confronté à la difficulté d'ajuster un accompagnement sans pouvoir suffisamment le préparer.

Les besoins d'amélioration dans la prise en charge sont néanmoins réels, tant au niveau des aides au maintien de l'autonomie que de la continuité ou de la reconstruction, des liens sociaux et familiaux. Nous nous trouvons face au défi de reconstruire du domicile dans l'institution, par des moyens matériels et dans une nouvelle conception d'accompagnement.

Les politiques vieillesse corroborent la nécessité observée d'individualiser l'accompagnement, d'ouvrir les établissements au travail partenarial sur des territoires, de mieux préparer l'entrée et d'adoucir les ruptures créées par la vie en institution.

A l'EHPAD Delante, un mouvement d'accompagnement personnalisé a commencé à se mettre en place par le travail des équipes professionnelles. Le dynamisme du personnel est facteur de mobilisation dans le processus de changement et en attente de moyens organisationnels et structurels.

Les moyens manquent pour poursuivre cette ouverture et créer les conditions propices à reconstruire « un nid » où la continuité identitaire puisse se préserver

dans un habitat collectif. C'est dans une logique de domicile en EHPAD que devra se poursuivre la mission d'accompagnement à l'établissement Delante.

Pour ce faire et afin d'aller plus loin dans l'individualisation de l'accompagnement, il sera nécessaire d'élaborer le projet de soins et des projets de vie personnalisés en travaillant sur les histoires de vie des personnes accueillies. La qualification du personnel devra être poursuivie et affinée par des formations spécifiques.

Cependant, les contraintes de la structure actuelle freinent la mise en place de cette nouvelle forme de prise en charge, par le manque avéré d'espaces intimes et collectifs. Je vais donc devoir remettre en question la conception actuelle des locaux, qui ne donnent pas de possibilité à l'ouverture de l'établissement, et conditionnent un fonctionnement trop fermé et obsolète.

### **3 UN PROJET DE VIE CENTRE SUR LA CONTINUITÉ IDENTITAIRE DU RESIDENT DANS UN NOUVEL ESPACE FONCTIONNEL, LE DOMICILE EN MAISON DE RETRAITE.**

#### **philosophie du projet**

Le projet de restructuration de l'EHPAD Delante s'inscrit dans la continuité de sa mission première de service public, dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Il résulte de la mise en tension de nouveaux besoins, face à un constat d'inadéquation de la structure actuelle et de l'accompagnement dispensé par les professionnels, dans un contexte législatif porteur d'innovations.

*« L'usager-sujet n'appartient pas à l'institution, c'est un usager en soi, à partir duquel l'institution se réinvente. [...] L'usager-sujet est une personne - non simplement une pathologie, un lit ou un prix de journée -, dont on s'attachera à saisir la singularité, l'originalité. C'est un usager unique à partir duquel et pour lequel s'initie un projet social personnalisé... »<sup>66</sup>*

C'est bien autour de l'accompagnement individualisé des personnes accueillies que doit se construire le projet de transformation de l'EHPAD, partant de l'étude des besoins individuels et dans le cadre des contraintes budgétaires et réglementaires.

Plutôt que d'opposer l'institution au domicile, le défi des établissements est d'être capable d'offrir un panel de services ouvrant les structures, en les articulant aux dispositifs périphériques existants.

---

<sup>66</sup> DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité*. ...op. cit. p.102.

Inscrit dans son environnement, l'EHPAD Delante est un élément des systèmes de prise en charge du grand âge sur le territoire Sarthe Nord Est, et fait le choix de se restructurer pour offrir aux personnes qu'il héberge une vie se rapprochant du domicile, afin d'y trouver les repères nécessaires au maintien de leur identité propre.

S'inscrivant bien dans l'esprit des politiques publiques actuelles, le projet d'établissement tel qu'il est pensé à l'EHPAD Delante répond aux deux premiers axes du Plan Solidarité-Grand-âge, qui sont :

1. Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix, notamment en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite
2. Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre.

Ce projet se retrouve également en grande partie dans les préconisations du second rapport Le Bouler :

*« Les objectifs relatifs à la qualité de vie des résidents à développer dans le projet d'établissement sont de maintenir les liens familiaux et affectifs des résidents, préserver un espace de vie à caractère privatif, concilier sécurité et liberté d'agir et de circuler en particulier à l'égard des personnes désorientées, préserver les repères identitaires, encourager la socialisation, apporter les aides à l'accompagnement nécessaires à la vie quotidienne et à l'épanouissement du projet de vie des résidents, assurer la dispensation des soins requis par l'état de santé des résidents. »<sup>67</sup>*

La restructuration de l'établissement doit corrélérer le projet de vie aux possibilités concrètes et financières d'une restructuration architecturale et organisationnelle.

### **3.1 La conception de la nouvelle structure : un projet devant être partagé, et élaboré avec tous les acteurs, sur un territoire.**

#### **3.1.1 Un projet soutenu par le Conseil d'Administration, le Conseil Général et les services de l'Etat, et élaboré avec les professionnels de l'EHPAD.**

Le projet de restructuration est porté par tous les acteurs ayant pouvoir de décision.

La décision de restructuration a été validée par le Conseil d'Administration qui accompagne et soutient l'ensemble du projet, étant intégré à chacune des étapes de l'opération. Le Maire du village, Président du Conseil d'Administration et le

---

<sup>67</sup> LE BOULER S. Personnes âgées...op.cit. p.60.

Conseiller Général du canton, administrateur, suivent de près toutes les étapes de l'avancée du projet.

Le Conseil Général a entériné le projet en accordant d'emblée une part de subvention pour le financement des travaux.

Cette restructuration s'impose comme une étape incontournable d'adaptation dont l'enjeu est la pérennité de l'établissement et l'efficacité de ses prestations au regard de l'évolution des besoins des usagers.

Elle inclut les travaux d'agrandissement et de restructuration d'une partie des bâtiments existants, l'augmentation de la capacité d'accueil, passant de 64 à 77 places dont trois places d'hébergement temporaire. La création d'une unité pour personnes désorientées est prévue pour 14 places, les trois places d'accueil temporaire y étant affectées.

Ce projet, inscrit au schéma départemental gérontologique en cours (2005-2009) a été signé dans la convention tripartite en 2004 avec le Conseil Général et la DDASS.

Le recours à un programmiste s'est fait avec l'accord du CA en mai 2003. Sa mission a commencé par l'étude de faisabilité, l'élaboration du programme de l'opération, et s'étend à une fonction d'AMO (Assistant à Maîtrise d'Ouvrage) jusqu'à réception du chantier. Cet organisme extérieur apporte une aide technique dans la mise en œuvre du projet, partant du diagnostic de l'existant, l'aide au choix des architectes et la conduite des opérations passant par les marchés publics.

Le choix du Conseil d'Administration de reconstruire sur site pose les limites d'un foncier restreint mais garde l'implantation au cœur du village.

Compte tenu des nuisances liées aux travaux, à la complication de maintenir le fonctionnement avec des travaux de démolition partielle, de reconstruction en plusieurs temps, l'éventualité de choisir un autre lieu et de reconstruire entièrement l'établissement a été débattu en Conseil d'Administration.

Le CA s'est positionné pour une restructuration sur site, pour deux raisons : L'établissement actuel comporte un service de 28 chambres pouvant être remis aux normes et l'implantation au cœur du village doit être maintenue.<sup>68</sup>

Les contraintes d'un phasage dans le déroulement des travaux nécessiteront un important travail avec les résidents et les familles, soutenu par le maître d'œuvre et le CA. Une première estimation de fonctionnement, à capacité constante, doit

---

<sup>68</sup> Annexe 3, p.A15.

se faire sur trois chantiers de 19, 12 et 5 mois<sup>69</sup>, avec une étape de réception de chantier à chaque fin de phase et validation de la commission de sécurité.

Une réunion d'information faite par les architectes, l'AMO, le CA et la direction, aux familles et aux résidants, est prévue en octobre 2006, pour envisager ensemble le déroulement des phases de travaux et répondre aux questions.

Le recueil des besoins en fonctionnement, réalisé avec l'ensemble du personnel.

L'évaluation des besoins fonctionnels et des surfaces idéales souhaitées a été réalisée par tout le personnel, avec l'assistance du programmiste. De nombreuses réunions ont eu lieu durant le deuxième semestre 2004, donnant lieu à un document de travail servant de base aux décisions : Le programme technique détaillé. Ce document représente un volume important de mesures fonctionnelles et de surfaces, pensées par les équipes, en termes de besoins de fonctionnement. Partant de l'idéal souhaité pour construire le projet, l'adaptant aux possibilités financières, il permet d'établir le cahier des charges pour les architectes.

Le travail avec les familles n'a réellement commencé qu'avec les esquisses des architectes<sup>70</sup>, en 2005, par le biais du CVS (Conseil de la Vie Sociale). Durant la phase préalable, les familles ont été informées du projet mais restaient en attente de supports concrets. D'autre part, le peu de contact avec les familles ne favorise pas les échanges.

### **3.1.2 Les orientations du programme technique détaillé, des décisions de restructuration pour un accompagnement dans l'esprit du domicile.<sup>71</sup>**

Les modes de prise en charge envisagés vont aider à créer du domicile dans l'EHPAD et à personnaliser l'accompagnement.

Le travail avec les architectes s'est effectué à partir du programme technique, support détaillé des souhaits d'aménagement de la nouvelle structure.

Les matériaux extérieurs font l'objet d'obligations de la part de Mme l'Architecte des Bâtiments de France, la dimension et la couleur des tuiles, les revêtements extérieurs, la forme des toitures, devant s'intégrer dans l'environnement.

La forme des fenêtres, la couleur du revêtement en bois extérieur, bien qu'opposés aux choix des architectes, ont été expliqués au regard de l'environnement rural, des goûts des personnes âgées et ont été acceptés.

---

<sup>69</sup> Annexe 3, p.A22.

<sup>70</sup> Annexe 3, p.A24, A25, A26.

<sup>71</sup> Annexe 3, p.A20, A21.

Les contraintes de sécurité sont débattues avec le bureau de contrôle sécurité, et l'arbitrage se fait autour du coût de l'opération.

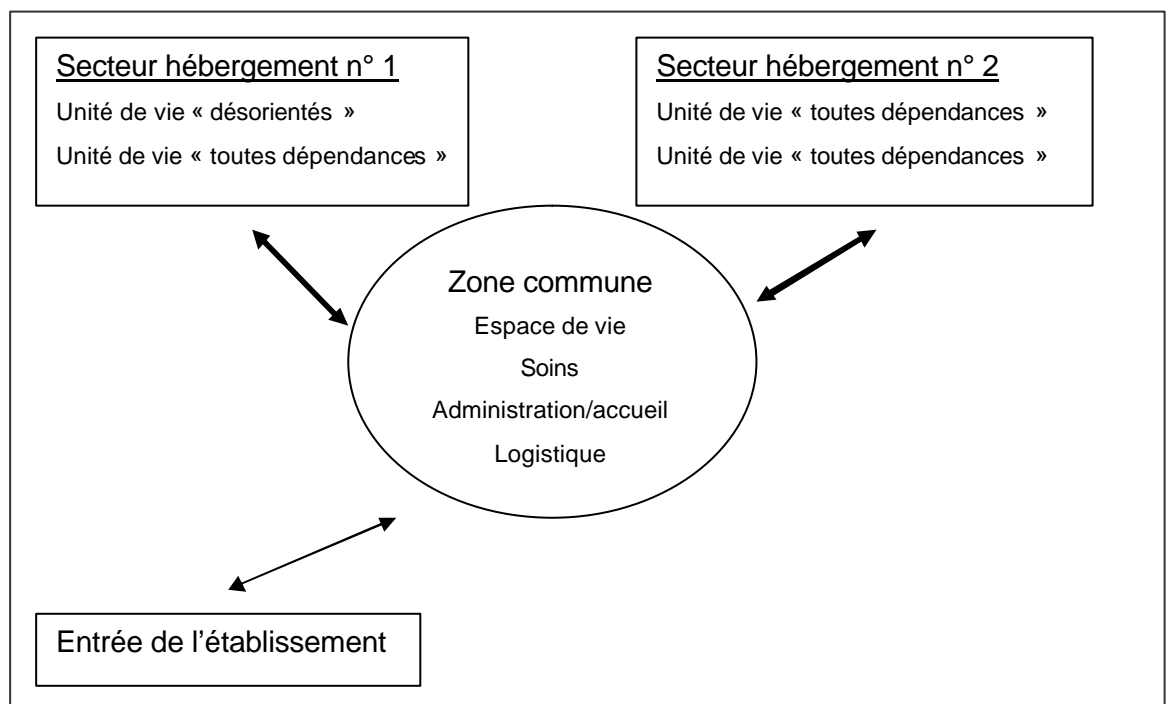
C'est ainsi qu'il a fallu abandonner l'idée d'une salle d'animation indépendante, réduire les dimensions de certaines pièces, jouer sur la largeur des couloirs, sans perdre de vue l'utilisation qu'en feront les résidents et les professionnels.

L'ensemble de ces dispositions a été pris à la suite de concertations impliquant le personnel, les familles et résidents composant le Conseil de la Vie Sociale et soumises à approbation du Conseil d'Administration.

La restructuration de l'établissement prendra en compte les besoins des usagers, sans négliger ceux du personnel. Le respect de chacun devant être maintenu dans des conditions de vie et de travail optimales, s'enrichissant l'un l'autre.

Les plans de la future structure seront affichés à l'accueil et dans le foyer, de manière à donner une information visuelle à tout moment, pour les résidents et les personnes extérieures,

Le principe général d'organisation future est schématisé ainsi :



Les circulations seront considérées comme faisant partie intégrante de la notion d'espace de vie, d'échanges et de rencontres. La gestion judicieuse des surfaces de circulation en fonction des masses fonctionnelles constitue un paramètre révélateur de l'ambiance qui se dégagera de l'établissement.

Le traitement laissera une large place à l'éclairage naturel et à l'ouverture visuelle sur des espaces extérieurs aménagés et qualitatifs. La construction se faisant autour d'un jardin intérieur, une grande partie des chambres en aura une perspective visuelle permanente. Les animations de jardinage se feront alors plus



facilement et profiteront à tout le monde. Une coursive abritée permettra les promenades extérieures et le traitement de la chaleur a été pensé par des brise-vues orientables côté sud.

Une partie des chambres aura une vue sur la rue et ses activités et le côté ouest sur l'église et les jardins environnants.

La scission actuelle des hébergements, tant verticale qu'horizontale génère d'importantes difficultés de prise en charge pour les soignants et pour les animations et activités. La création de petites unités fonctionnelles de 20 et 21 lits permettra de reconstituer des espaces d'hébergement à taille humaine, donnant de meilleurs repères aux résidants, en recréant une sensation de domicile, d'intimité avec les salons privatifs par secteur.

Le travail des équipes soignantes sera facilité par une plus grande compacité, les relais de soins par unité fonctionnelle permettant de se regrouper autour des espaces de vie, sans avoir à parcourir de longs couloirs.

Les accès extérieurs ont été particulièrement pris en compte, au regard de la demande constante de lien avec le village, avec plusieurs ouvertures, de part et d'autre du bâtiment, différenciant les entrées principales et secondaires.

L'UPAD bénéficiera d'une perspective visuelle optimale, avec deux jardins de déambulation accessibles, de chaque côté de la pièce centrale de vie, en rez-de-chaussée. Cette unité étant indépendante mais proche des autres unités de vie, il sera facile d'organiser des liens d'animation entre l'EHPAD et l'UPAD, les deux projets de vie distincts en tiendront compte.

Les espaces d'animation, en lien avec la salle à manger et le salon, donnent sur un balcon surplombant un autre jardin, en contrebas, côté sud. Les locaux administratifs se trouvent près des espaces d'animation, accessibles directement du parking visiteurs, permettant un contact aisé avec les visites, favorisant le lien avec les familles, les proches et le réseau.

### **3.1.3 L'agrandissement de l'EHPAD dans le territoire Nord Sarthe, une situation géographique rurale dans un environnement local.**

L'origine géographique des résidants, une hétérogénéité en évolution.

Les demandes de places concernent maintenant des résidants plus éloignés de leur lieu d'origine, qui ne bénéficient pas du réseau local ou interne comme repère identitaire lors de leur arrivée. Offrir une qualité d'habitat et de vie sociale à l'intérieur de l'EHPAD représente une condition essentielle à l'intégration de ces personnes, plus déracinées que celles venant de la région proche. Cette tendance ira en s'accroissant, avec la mobilité professionnelle des descendants, le travail des femmes, principales aidantes, et l'allongement de la durée de la vie.

Qu'ils soient d'origine rurale nouvelle ou ancienne, les résidents devront trouver dans l'EHPAD Delante une qualité de soins et d'accompagnement, la ruralité créant un éloignement par rapport aux services de l'agglomération Mancelle.

Le coût d'hébergement représente un facteur de choix, encore en 2006, où le prix de journée à Nogent le Bernard reste dans la moyenne basse du département. Ce ne sera cependant plus le cas avec les travaux prévus à partir de 2007 et nous ne manquons pas de le signaler avant l'entrée.

Même si le contrat de séjour prévoit que chaque résident a le choix de son médecin, de l'infirmière libérale et autres prestataires extérieurs, la situation impose naturellement le recours aux intervenants de proximité. L'éloignement, empêchant un suivi régulier des résidents venant d'une autre région par leur médecin traitant est souvent difficile à vivre. La présence d'un médecin coordonnateur est indispensable pour aider à relayer ces passages. Un recrutement est prévu pour l'automne 2006 et très attendu par les soignants.

La complémentarité avec les structures environnantes, un lien à développer.

Le taux d'activité proche de 100% à l'EHPAD Delante témoigne de la régularité, voire de l'augmentation des demandes de places sur la région Nord Est Sarthoise.

Lors de rencontres avec les directeurs des EHPAD voisins, je constate que le taux d'activité de leurs établissements est identique à celui de Nogent.

Les prestations offertes sont pour certains déjà axées sur l'accueil diversifié, avec, entre autres, des tables d'hôtes pour les personnes âgées de la commune à Marolles les Braults, l'hébergement temporaire à La Ferté Bernard, une unité pour personnes désorientées à Bonnétable.

Les quelques mutualisations entre personnel des établissements déjà réalisées, enrichissent la vie des établissements et doivent être étendues, notamment à des partages entre animatrices. Les résidents apprécient les rencontres avec les autres établissements et les festivités parfois organisées à l'EHPAD Delante ont rencontré un franc succès. Ceci n'a été possible que l'été, avec la location d'un barnum et ne s'est pas reproduit. L'agrandissement de l'établissement va ouvrir la possibilité à davantage d'échanges et de vie sociale, dans la continuité du mouvement qui s'initie déjà.

Une structure valorisée et valorisante pour le village : une plus value pour tous.

L'EHPAD Delante est un acteur économique non négligeable pour la commune de Nogent le Bernard, dont nous utilisons les services et commerces correspondant à nos besoins.

Le prestataire assistant au service restauration, a pour consigne de se fournir en priorité chez le boulanger et le boucher du village. Les produits sont livrés rapidement, permettant une restauration de qualité pour les résidants qui apprécient, entre autres agréments, le pain frais du matin.

Les artisans sont également sollicités, notamment le plombier, électricien chauffagiste de Nogent. Travaillant pour l'établissement depuis de nombreuses années, il connaît les installations et le matériel et répond rapidement aux demandes de dépannage grâce à la proximité de son entreprise

Il en est de même pour le charpentier couvreur, le maçon, l'ambulancier qui sont sollicités, mais sans exclusivité, ainsi que le menuisier avec qui l'établissement travaille à maintenir les locaux aux normes et dans le maximum de confort, compte tenu de la vétusté globale des installations.

La coiffeuse intervient dans l'établissement, mais peut aussi accueillir dans son salon les résidants le souhaitant. L'épicerie du village est plutôt utilisée par les résidants qui peuvent aller faire quelques courses. L'église mitoyenne est un lieu de recueillement pour les personnes pouvant encore se déplacer et souhaitant s'y rendre.

L'accompagnement sera davantage axé sur l'extérieur, favorisant le lien social dans la cité, à proximité.

Le restaurant, sur la place du village, peut être utile aux familles qui ne souhaitent pas prendre les repas dans la maison de retraite et y emmènent parfois leur parent. Il est le lieu de regroupement de festivités communales, du banquet des anciens où les résidants sont conviés. La limite étant la possibilité d'accompagnement les résidants, surtout ceux en fauteuil, principalement sur les dimanches ou fériés où le personnel de l'EHPAD est en effectif restreint. Ces services sont à valoriser et une information à l'accueil de l'EHPAD sera faite à l'intention des familles, pour faire connaître les possibilités d'extension du réseau local avec les proches.

Tous les mouvements participant à la vie de l'établissement intéressent les résidants qui repèrent les intervenants et sont ainsi informés de ce qui se vit dans l'établissement. Les nouveaux locaux feront la place pour accueillir à l'interne.

Restructurer l'EHPAD et à fortiori l'agrandir, sera une plus value pour un village dont les services existants témoignent d'un passé animé. La vie de l'EHPAD, déjà corrélée à certains services, est face à un potentiel exploitable pour inventer de nouveaux partenariats et donner un caractère de domicile à l'établissement.

### **3.2 Une structure de vie ouverte dans la cité, des transformations à effectuer pour un habitat mieux adapté à l'accompagnement dans le respect du désir de chaque résidant.**

#### **3.2.1 Construire un établissement accueillant, reconstituant un esprit de vie familial chaleureux.**

Garder une ambiance familiale, tout en reconstruisant l'établissement.

Etablissement traditionnel rural, à l'ambiance familiale, il est primordial de garder cet acquis malgré les bâtiments neufs prévus. Les choix des matériaux, les couleurs, la disposition des pièces, doivent tenir compte des habitudes des résidants accueillis, mais également se projeter dans les prochaines décennies, et garantir une évolutivité pour s'adapter aux générations futures.

La contrainte pesante des normes techniques de sécurité peut empêcher l'apport de mobilier personnel, de rideaux non traités anti-feu. La classification de l'établissement en « type J », lors de la commission de sécurité en 2004, permet d'alléger ces contraintes et de limiter la prise de risques au regard de la réglementation.

Même si le résidant arrivant à l'EHPAD Delante doit faire le deuil du vrai « chez soi », la structure d'accueil doit lui permettre de retrouver autour de lui un environnement dans lequel il retrouvera au moins une partie des sensations familières qu'il connaissait. Les petites unités de vie dans l'EHPAD seront pensées, réalisées dans ce sens, avec des salons privés équipés de kitchenettes pour y recréer, l'espace d'un repas, la famille ou le groupe d'amis où l'on cuisine et mange ensemble, comme à la maison.

Quelle que soit la qualité structurelle de l'établissement d'accueil, le résidant ne pourra y être sensible sans l'aspect relationnel rassurant qui l'entoure. Ainsi, c'est dès l'entrée, puisque cela est peu probable avant, que le maintien des liens pourra être facteur d'intégration et d'acceptation de la vie en établissement. L'agrandissement de l'EHPAD prévoit un nombre de chambres supérieur à la capacité autorisée, dans une perspective d'avenir. Il sera alors envisageable d'offrir aux familles, venant ou non de loin, la possibilité de rester la première nuit avec leur parent. Un lit d'appoint pourrait aussi être proposé, puisque les chambres seront plus grandes. La rupture serait ainsi atténuée, la possibilité d'accueil des proches étant proposée (utilisée ou non) sera rassurante.

Dans la perspective du maintien des liens, il me semble essentiel de commencer dès l'accueil - et lorsque c'est accepté - à entretenir des relations suivies et régulières avec les familles. La teneur des relations des professionnels avec les familles de résidants déjà là depuis plusieurs années paraît difficile à changer.

J'envisage la consolidation de la commission d'admission, composée d'un(e) infirmier(e), de la psychologue, du médecin coordonnateur, de l'agent administratif de l'accueil, et de moi-même. Cette commission se réunira au moins une fois par mois, selon les besoins. Elle aura pour but d'étudier les demandes, de faire le point sur les derniers entrants, de prévoir des rendez vous rapprochés avec les familles et les nouveaux résidants afin de faire du lien transversal et d'ajuster l'accompagnement. L'histoire de la vie du résidant, connue de la famille, reste subjective mais ces informations seront utiles dès les premiers temps

Les projets de vie individualisés verront le jour à partir de ce travail commun et pourront être formalisés avec les équipes.

Nombre de résidants laissent à la porte leur animal familier, ce qui ajoute une rupture à la somme de celles déjà vécues. A l'EHPAD Delante, nous n'accueillons pas les résidants avec leur animal. Mais un projet, porté par l'infirmière et élaboré avec quelques salariés, prend en compte les effets bénéfiques d'un chien « d'accompagnement social » et doit intégrer, à la suite d'une formation, un animal dédié à l'établissement. La présence d'un animal de compagnie contribue à rendre les personnes âgées actives, favorise la communication, et atténue le sentiment d'isolement. *«La compagnie de l'animal permet de maintenir le contact à la réalité : amélioration de la mémoire, des capacités d'attention, de concentration, de discernement, de développement de l'expression verbale et non verbale.»*<sup>72</sup>, Intégré à la vie de l'établissement, ce chien, spécialement éduqué, donnera un atout de plus à la vie interne dans son aspect familial.

L'espace privé de la chambre constitue l'intimité reconstruite et préservée.

L'incitation à la personnalisation par l'apport d'objets signifiants doit être systématique et impliquera un dialogue entre le résidant, ses proches et l'EHPAD.

L'augmentation de la superficie des chambres et le choix de mobilier amovible, sont pensés pour laisser la place à des meubles personnels mais équiperont cependant les personnes les plus démunies, n'ayant rien à apporter.

Isabelle MALLON, maître de conférence à l'université Lyon II, précise à ce sujet que *« Le défi de recréer un chez-soi dans une institution est relevé par les résidents selon deux modalités : la récréation d'une niche écologique consiste à reconstituer une vie équilibrée en créant une forte continuité entre l'ancien mode de vie et le nouveau domicile ;[...] Or, recréer un chez-soi engage l'identité. Les*

---

<sup>72</sup> VUILLEMOT J.L. *La personne âgée et son animal. Pour le maintien du lien.* Toulouse : érès. 1997. 136 p.

*failles de l'adaptation menacent avant tout la stabilité identitaire, la connaissance et l'assurance de soi. »<sup>73</sup>*

Le travail de préparation à l'entrée devra permettre d'anticiper le moment de l'emménagement, afin que le résidant soit accueilli dans un lieu où, déjà, quelques repères personnels l'attendent. L'animation préparera l'accueil avec les autres résidants, par la confection d'une pâtisserie, des fleurs dans la chambre.

Les admissions imposées un jour fixe dans la semaine (le mercredi), obligeront à un minimum d'anticipation, pour les « urgences » venant de l'hôpital, par exemple. La continuité identitaire trouvera son équilibre entre l'espace privatif, de ressourcement et les choix, ou possibilités de communication, vécus dans l'établissement ou à l'extérieur.

Le personnel devant entrer dans la chambre respecte cet espace privé et ne doit pénétrer que lorsqu'il a frappé à la porte et signalé sa présence, même pour les personnes ne pouvant répondre. C'est ce qui se fait aujourd'hui, mais doit être rappelé aux remplaçantes, moins formées et imprégnées de cet état d'esprit.

Penser la nouvelle structure dans l'esprit du chez-soi dans le collectif et du collectif ouvert à la vie sociale, comme chez-soi.

Porter un regard nouveau sur l'accompagnement suppose remettre en question les gestes quotidiens effectués par les professionnels. Il ne s'agit pas pour autant de modifier ou renier systématiquement ce qui est fait. Dans la vie hors institution, le quotidien est aussi constitué de rituels. L'objectif, en EHPAD est certainement plus de donner du sens à ce qui est fait, partagé avec les résidants, dans les détails répétés pouvant paraître banals.

Inventer une autre vie en maison de retraite doit pouvoir s'inspirer de ce qui faisait domicile, avant l'entrée. Pour une personne âgée, le périmètre restreint, avant le recours à l'institution, conserve certains liens et habitudes à partir desquels l'accompagnement se construira.

Le passage du facteur, par exemple, se fait à l'accueil de l'EHPAD, et le courrier pourrait être redistribué dans des boîtes aux lettres personnelles, situées à la porte de chaque chambre. L'accompagnement serait ainsi marqué par un rituel rythmant les jours de la semaine, que la vie institutionnelle a tendance à lisser.

---

<sup>73</sup> MALLON I. *Vieillir ensemble entre proches et professionnels*, érès. Toulouse. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » EMPAN. n°52 décembre 2003, p.133.

Les visites, la télévision, le téléphone sont autant de moyens relationnels dont disposent les résidents. Bientôt, Internet pourra être mis à disposition et certains résidents initiés, pourront garder le contact avec leurs enfants, même éloignés.

Les rythmes de l'EHPAD s'imposent à tous, avec des pôles incontournables que sont les toilettes, les repas, les soins. Connaître les habitudes de chacun par son histoire de vie permettra d'assouplir les horaires, d'organiser les priorités en tenant compte des particularités de chaque résident.

Les activités organisées dans l'établissement auront assez de place pour recevoir d'autres collectivités et favoriser des rencontres.

La restructuration a été pensée dans l'objectif de l'ouverture de l'établissement et de ce fait a valorisé les accès extérieurs, en conservant des ouvertures donnant l'accès direct sur la place du village.

Comme le démontre Daniel REGUER, sociologue, dans un article de la revue «Soins Gérontologie : « [...] Redéfinir l'objectif de politique publique sous la forme de « soutien à une recomposition de la vie sociale » présenterait l'avantage de s'appliquer à toutes les personnes, quel que soit le lieu où elles ont élu domicile [...]. Ainsi, pourrait s'inventer un maintien à domicile en maison de retraite ou une maison de retraite à domicile, qui permettrait de dépasser des alternatives devenues inopérantes. Un objectif de «soutien à une recomposition de la vie sociale » obligerait, en outre, à penser le service à apporter à une personne, en termes de dynamique. »<sup>74</sup>

### **3.2.2 L'accueil diversifié, des alternatives au tout institutionnel pour choisir son mode vie.**

La création d'une unité spécifique de 14 lits pour l'accueil de personnes désorientées va permettre de répondre aux besoins des résidents nécessitant un accompagnement plus adapté, afin de les garder à Nogent pour éviter plus de perturbations en les transférant dans d'autres structures. Les demandes de places actuellement refusées seront possibles. Cette unité sera située en rez-de-chaussée du bâtiment A<sup>75</sup>, la pièce centrale ouvrant sur deux jardins, un minéral côté sud et un végétal côté nord. La perspective visuelle est ainsi élargie, l'éclairage naturel maximal, les zones de déambulation extérieures sécurisées. La vie sociale centrée dans une salle commune et les espaces de nuit distribués de

---

<sup>74</sup> REGUER D. Dynamique du logement chez les personnes vieillissantes. *Soins gérontologie*, Mars/Avril 2004, n°46, p.21.

<sup>75</sup> Annexe 3, p.A16, A25.

part et d'autre. Une chambre de repos est prévue pour les périodes d'agitation ou de fatigue éventuelles.

Les personnes âgées désorientées et particulièrement celles atteintes de la maladie d'Alzheimer en plus grand nombre, pourront bénéficier d'une prise en charge recréant une convivialité familiale autour d'activités de la vie quotidienne, dans un milieu sécurisé avec un l'accompagnement spécifique.

L'accueil temporaire, une alternative à l'entrée en EHPAD qui facilite le passage en institution, lorsqu'il devient nécessaire.

Les trois places d'accueil temporaire vont permettre aux familles des temps de pause, préparer une éventuelle entrée en se familiarisant à la maison de retraite. Ces places sont autorisées par la restructuration, elles seront dédiées à l'UPAD pour offrir aux familles des temps de répit, afin d'éviter l'épuisement des aidants, et permettre de reculer l'entrée éventuelle dans l'institution. Cet accueil temporaire, plus ou moins long, correspondra aux besoins de chaque personne et contribuera largement à dédramatiser l'accueil permanent, s'il est envisagé.

L'accueil temporaire est réglementé par le décret du 17 mars 2004<sup>76</sup>, qui en définit les modalités. Il stipule qu'il s'agit d'un accueil à durée limitée à 90 jours par an, à temps complet ou partiel et vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.

D'autres modes d'accueil alternatifs sont envisagés mais limités compte tenu du contexte rural et des moyens financiers.

Le parti pris de la diversité, préconisé par les politiques vieillesse, pour un modèle optimal de constitution d'un EHPAD, connaît certaines limites pour l'établissement Delante. L'éloignement géographique, le manque de transports et les limites financières de l'agrandissement ne permettront pas, dans cette phase du projet, d'ouvrir l'établissement à l'accueil de jour ou de nuit.

Il pourra, en revanche, se créer des tables d'hôtes où des personnes extérieures seront accueillies pour les repas avec les résidents. La fonction restaurant devient alors un lieu de rencontres, favorisant le lien social à l'intérieur de l'établissement.

---

<sup>76</sup> Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004, relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles.



### **3.2.3 Renforcer les liens entre l'établissement et la vie du réseau local.**

L'animation, repensée dans les actes quotidiens comme dans les activités, doit s'ouvrir au réseau et permettre aux résidants de créer du lien avec l'extérieur.

L'organisation de l'animation s'est généreusement développée dans la vie de l'institution. Au-delà du sens ludique, thérapeutique ou occupationnel, la notion d'animation a un sens large de présence à l'autre.

Sans pour autant perdre de vue le professionnalisme des animatrices, tous les acteurs en présence des résidants doivent pouvoir exercer une fonction d'animation et sont invités à mettre en place des projets, de diverses envergures, certes, validés par la direction et inscrites dans le calendrier des activités.

L'organisation des animations repose sur deux AMP, chargées de coordonner les activités. Leurs horaires de travail sont étudiés dans cette perspective.

Pour autant, répondant à une bonne connaissance des résidants et sollicités, à chaque entretien annuel d'évaluation, pour développer des projets, la plupart des salariés de l'EHPAD exercent une animation auprès des résidants, ponctuelle ou régulière. Toute animation a pour objectif de maintenir ou restaurer l'autonomie, de développer la vie sociale, de donner sens à la vie à l'EHPAD. Devant.

Une réunion trimestrielle est organisée avec les professionnels concernés et me permet de faire le point sur ce qui se vit, d'équilibrer les actions dans le calendrier et d'évaluer le bénéfice apporté aux résidants, le taux de participation ou le retrait des personnes n'assistant pas à ce qui est proposé.

Avec la restructuration, les espaces d'animation ont été prévus, ainsi qu'une salle pour la gymnastique douce, une autre équipée d'une machine à laver le linge, une machine à coudre et une petite cuisine aménagée, le tout distribué autour des salles à manger, près du salon. On pourra ainsi reconstituer un espace de type familial où les résidants bénéficieront des activités, de l'odeur des pâtisseries, même s'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas y participer activement.

La maison de retraite, un pôle d'activités accueillant, permettant de recevoir comme à domicile.

Bénéficiant d'un nouvel espace, cette animation interne, riche et chaleureuse, s'ouvrira à l'accueil de personnes extérieures, les après-midis, par exemple.

Il sera aussi possible, en maintenant ce dynamisme, de l'enrichir en intégrant les écoles, la Maison Familiale Rurale, les résidants d'autres maisons de retraite, dans un travail de concertation.

Un partenariat sera proposé au centre social intercommunal du canton, où le CLIC doit être installé. Avec notre conseil d'administration attentif, il a déjà été question

d'initier les personnes âgées à l'informatique, avec l'aide d'une bénévole de la commune qui intervient dans les écoles.

Ouvrir la structure à la vie sociale locale peut également s'imaginer en proposant des temps, un lieu dans l'EHPAD, pour des activités ayant lieu habituellement ailleurs dans la commune, comme les concours de cartes des anciens, la pétanque dans le jardin. Partager le goûter des résidents créerait une rencontre de plus à cette occasion.

Devenir un centre accueillant et disponible, en préservant la vie interne, participe à transformer un établissement fermé en lieu où la vie entre et sort, hors des limites d'âge et des préjugés.

Les activités regroupant un grand nombre de personnes pourront se faire dans la salle à manger modulable, aux cloisons mobiles, ouverte sur un salon avec vue sur le jardin d'agrément, côté sud. Il sera possible de gérer les espaces en fonction du nombre de personnes concernées par l'activité. Je pourrai organiser des repas avec les familles, sans avoir à louer une salle à l'extérieur, ce qui représente un coût et le déplacement des résidents.

Il est prévu d'équiper le jardin de jeux d'enfants que les enseignants choisiront, situés dans un endroit stratégique du jardin, pour ne gêner personne, mais permettre aux résidents qui le souhaitent de profiter d'un lien intergénérationnel.

Les stagiaires accueillis sont invités à développer des projets au service de la vie sociale des résidents et la découverte mutuelle des possibilités dues à l'âge sont autant d'enrichissements et de transmissions partagées.

La continuité d'une vie sociale doit aussi se faire à l'extérieur de l'EHPAD.

Il s'agit simplement de sortir les résidents, en groupe ou individuellement, pour garder, ou reprendre contact avec les lieux où ils ont vécu, travaillé, revoir des personnes qui ne peuvent se déplacer.

Quelques initiatives ont vu le jour, mais le manque de moyens, en temps et en équipement, représente chaque fois un coût pour le remplacement des salariés, et la location d'un véhicule.

L'établissement doit faire l'acquisition d'un véhicule aménagé pour le transport de fauteuils, avec l'aide d'une subvention demandée à la Fondation des hôpitaux de Paris, Hôpitaux de France. Cet équipement donnera la possibilité de faire davantage de sorties, sans solliciter les véhicules du personnel. A disposition, et assuré pour que tout le monde le conduise, il permettra d'envisager les projets autrement, vers la vie extérieure, à tout moment.

Le portage de repas a commencé à se mettre en place, mais là aussi les mêmes problèmes se posent.

### **3.3 Un projet architectural au service du projet de vie, donner les moyens organisationnels et structurels au changement.**

#### **3.3.1 Reconstruction et réhabilitation architecturales au service du maintien identitaire de la personne accueillie.**

Le travail avec les architectes : le choix d'une maîtrise d'œuvre ayant compris le sens de cette restructuration.

Le 15 décembre 2005, le jury de concours pour le choix des architectes se réunissait à Nogent le Bernard afin d'élire le lauréat à qui serait confiée la restructuration de l'établissement Delante. Les trois esquisses étudiées, parmi les 53 candidatures, présentaient des interprétations intéressantes du cahier des charges, mais une seule était assez aboutie et fit l'unanimité. Les critères de sélection privilégiaient l'expérience dans les structures pour personnes âgées, la disponibilité du maître d'œuvre, la cohérence de son équipe pluridisciplinaire et la compréhension de la commande du maître d'ouvrage.

En effet, les nombreuses réunions de travail avec le cabinet retenu montrent une écoute et des propositions en adéquation avec le souci d'ouvrir l'établissement, le respect de l'aspect familial, la volonté de recréer du domicile dans un ensemble collectif, le traitement des accès en lien avec le village.

Ces rencontres ont réuni les professionnels des différents services, dans une ambiance qualitative et constructive d'élaboration en lien direct avec la maîtrise d'œuvre.

Sachant répondre au programme, s'adapter aux modifications demandées au cours des réunions d'étude, les architectes proposent des solutions et suggèrent des éléments liés au domicile, comme la cheminée dans les espaces de vie.

Le déroulement de la suite de l'opération est prévu selon un calendrier précis d'étapes de préparation et de validations successives.<sup>77</sup>

Le travail avec les équipes professionnelles : un personnel mobilisé, en attente de soutien dans un nouvel accompagnement.

L'ensemble des équipes est très investi dans le projet de l'EHPAD et son implication dans l'évolution de la prise en charge atteste d'une mobilisation au service des résidents. Cette mobilisation doit être soutenue, maintenue et nourrie par de nombreux échanges et l'apport de formations. Prendre soin des équipes

---

<sup>77</sup> Annexe 3, p.A23.

revient à prendre soin des résidants, de même que donner sens au travail réalisé contribuera à donner sens à la vie de chacun à l'EHPAD Delante.

Le challenge est maintenant de maintenir cette mobilisation tout au long des trois années de travaux et de faire vivre ensuite tous les projets rendus possibles. Afin de tenir dans la durée le dynamisme ambiant, je serai vigilante à continuer les réunions institutionnelles, les réunions d'équipes, un dialogue permanent.<sup>78</sup>

Informier le plus régulièrement possible le personnel de nuit, nécessairement un peu à l'écart de l'actualité de la vie interne, bien que rencontrant matin et soir les équipes de jour. L'information sera privilégiée, au cours des réunions, par la distribution de certains comptes rendus, l'affichage des plans actualisés.

Cette communication sera faite également à l'intention des résidants et des proches, qui s'impatientent : « ... *depuis le temps qu'on en parle, on ne voit rien se faire !* » commentent souvent les familles.

L'écriture des projets de soins et projets de vie personnalisés ont commencé en 2006 et vont se poursuivre en intégrant la dimension d'agrandissement. L'UPAD fera l'objet d'un projet de vie spécifique à l'accompagnement des personnes désorientées, ainsi que l'accueil temporaire.

Afin de sensibiliser le personnel à l'accompagnement des personnes désorientées, j'ai proposé des stages « d'immersion » en UPAD dans différents établissements sarthois. Tous les soignants furent volontaires, plusieurs journées ont été passées avec les équipes des autres établissements et nous avons prévu des réunions pour mutualiser les informations recueillies sur le fonctionnement, l'organisation, la disposition des locaux. Il était important, avant de constituer les équipes réparties sur la future structure, que chacun puisse réfléchir à sa position vis-à-vis de cette population. Nous construirons l'équipe de l'UPAD par service sur ces bases et nous étudierons ensemble les possibilités de roulements avec les autres services, compte tenu du besoin de repères des personnes âgées, surtout désorientées et des souhaits des équipes, mais en étant prudents quant à une chronicisation.

Les formations<sup>79</sup> prévues au regard d'un accompagnement plus personnalisé des résidants ont commencé en 2006, concernant un IDE et 4 AS et se poursuivront en novembre 2006 et premier semestre 2007, pour les autres soignants. L'EHPAD Delante met en place un concept issu d'une philosophie de soins basée sur l'humanité, développant des techniques de toilettes et d'accompagnement partant du constat que chaque être humain est unique et qu'il n'y a donc pas de

---

<sup>78</sup> Annexe 2, p. A13.

<sup>79</sup> Annexe 2, p.A10.

soin unique, de techniques identiques pour tout le monde. Les principes fondamentaux de la philosophie de soins, enseignée par l'institut Gineste Marescotti<sup>80</sup>, sont basés sur le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Il y est question des « hommes vieux » et non plus des « personnes âgées ».

Ces techniques de soins s'adressent particulièrement à l'accompagnement des résidants désorientés. Elles sont toutefois pertinentes pour l'ensemble des résidants, favorisant en premier lieu l'autonomie dans la valorisation des capacités de la personne, à l'inverse de prendre en compte d'abord ses dépendances. « *Prendre soin d'une personne, c'est toujours l'aider à prendre soin d'elle-même* ». <sup>81</sup>

L'équipe qui travaillera dans l'UPAD sera formée spécifiquement à la connaissance des pathologies liées aux déficits cognitifs.

L'accueil pourra être repensé, en termes d'accompagnement, afin d'accentuer une prise en charge des résidants dans le sens d'une vie sociale, moins axée sur l'aspect médical. Je proposerai une autre organisation des admissions, où un référent, autre qu'un (e) infirmier (e) accompagnera les personnes lors de leur admission. Les locaux, l'organisation des activités et de la vie interne seront présentés par un professionnel, dont l'horaire est dédié à l'animation ce jour là.

La mise en œuvre du changement impliquera les professionnels dans leurs pratiques et sera réalisée en lien permanent avec les partenaires.

J'annoncerai le programme de mise en œuvre du projet<sup>82</sup> lors d'une réunion « référents » mensuelle prochaine, en déclinant les principaux axes d'élaboration.

La réalisation des documents de référence de l'EHPAD, tels que les projets de soins, projets de vie et les fiches de poste manquantes sera prévue et des échéances seront fixées.

La communication avec les différents partenaires sera planifiée et l'information organisée autour des objectifs annoncés de travail partenarial, dans l'objectif de l'ouverture de la structure et du travail en réseau.

Les réunions d'information seront pensées dans l'esprit de dialogue, faisant lien entre les acteurs internes que sont les résidants et le personnel, les familles, les

---

<sup>80</sup> Méthodologie de soins Gineste.Marescotti. IGM France. Site Internet de l'institut : <http://www.cec-formation.net/>

<sup>81</sup> GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Bibliophane-Daniel Bradford., 2005. 367 p.

<sup>82</sup> Annexe 6, p.A34 à A37.

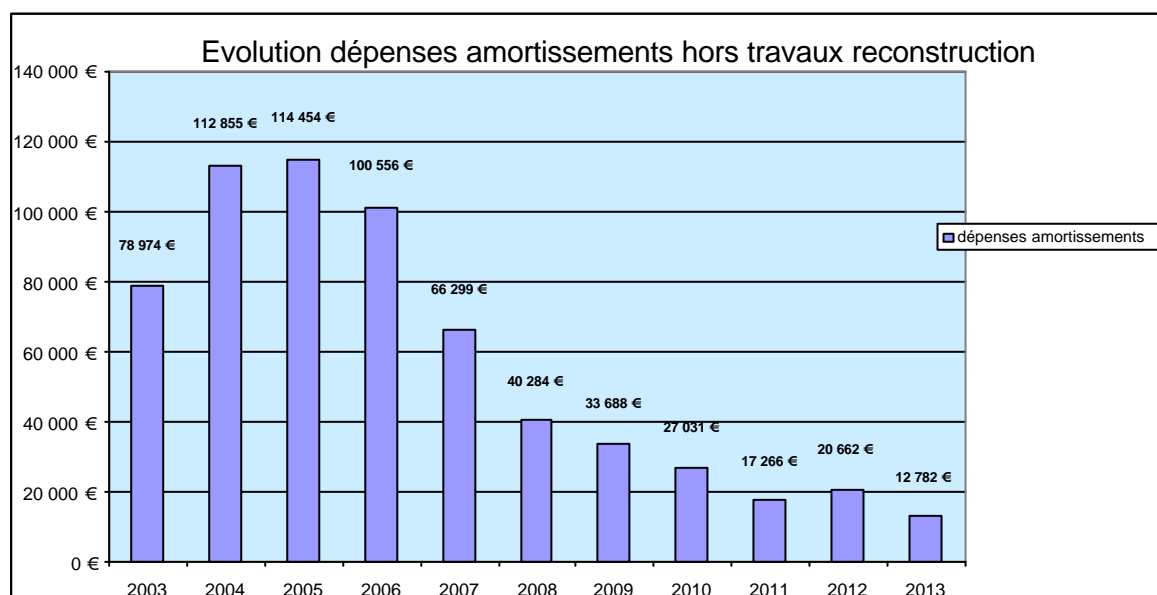
acteurs décisionnels porteurs du projet et pourront inclure les professionnels extérieurs intervenant dans l'EHPAD.

Le projet est bien de concevoir une structure ouverte dans l'optique de la continuité identitaire et du lien social, ainsi qu'en témoigne Claudine Badey-Rodriguez : « [...] Maintenir la continuité identitaire, c'est d'abord faire en sorte que la personne puisse, au mieux, s'approprier un espace, l'aménager comme elle le souhaite, y installer ses meubles et des objets personnels. [...] Maintenir la continuité identitaire, c'est ensuite recueillir des éléments sur le passé, l'histoire de la personne, de même que sur ses goûts, ses intérêts, ses désirs. [...] L'identité de la personne est composée de ses racines géographiques, de son milieu socioculturel, du métier qu'elle a exercé, de sa vie affective, des objets qui l'entourent, de sa manière de se vêtir, des valeurs qui sont importantes pour elle, de ses croyances. »<sup>83</sup>

### 3.3.2 La situation financière de l'établissement : des possibilités d'investissement larges, mais les amortissements sont à la charge du résident.

La situation financière actuelle est saine, propice aux investissements.

N'ayant effectué aucun investissement important ces dernières années, il en résulte une baisse des amortissements, qui ouvre la possibilité d'investir dans une construction. Le taux de vétusté des immobilisations (64%) est en corrélation avec ces chiffres, et atteste la nécessité des travaux.



<sup>83</sup>BADEY-RODRIGUEZ C., *Les personnes âgées en institution, vie ou survie*, Paris : Seli Arslan, 1997, 190p.

D'autres indicateurs sont en faveur d'une possibilité financière d'investissements, sur lesquels je m'appuie :

	Trésorerie positive	Fond de roulement d'investissement	Taux d'endettement
2003	228 587 €	113 876 €	19,4%
2004	270 806 €	186 538 €	14,5%
2005	328 984 €	177 901 €	10,3%

Le taux d'endettement bas va permettre de réaliser des emprunts pour financer les travaux, et la trésorerie positive nous rassure quant aux mouvements de fonds qui vont avoir lieu dès 2006.

Le coût des travaux et de l'opération sont estimés à :

- Coût des travaux hors taxes = 4 300 000 €
- Coût de l'opération hors taxes = 6 000 000 €

Le Conseil général de la Sarthe participe par une subvention à hauteur de 1 314 728 € (réactualisé par rapport à l'évaluation initiale de 1 130 720€), le différentiel sera financé par l'emprunt.

Une demande de subvention auprès de la CNSA a été rejetée début 2006, l'avancée du projet n'avait pas encore validé la phase APS (avant projet sommaire). Le dossier sera représenté en 2007, sachant que les travaux ne devront pas être commencés pour que le dossier soit pris en compte.

Si les travaux en eux-mêmes doivent commencer au premier trimestre 2007, les études préalables et les marchés publics représentent un coût non négligeable, que l'établissement a commencé à supporter depuis 2005.

En 2006, le coût des études s'élève à 379 763 €, ce qui dépasse largement la possibilité d'investissement qui est de 108 608 €, dont 38 190 € doivent servir au remboursement de la dette en cours.

Je vais donc avoir recours à l'emprunt, dès cette année.

L'arbitrage des choix se fait dans une enveloppe financière fermée.

Le programme financier des travaux s'étend jusqu'en 2010, et les estimations réalisées prévoient une augmentation du prix de journée, à terme, de 16 €<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> Annexe 3, p. A17.

Outre le poids des amortissements, ce sont également les charges financières qui vont peser sur le prix de journée et tout le travail de réflexion mené depuis le début garde en « point de mire » la nécessité de maîtriser cette augmentation.

Les études de sol ont montré une fragilité du sous-sol, obligeant à prévoir des fondations spéciales, générant un surcoût dans l'enveloppe budgétaire initiale.

Les différentes réunions de préparation à l'opération représentent beaucoup de temps et certaines renonciations, pour convenir de choix, entre les souhaits établis depuis le programme et la faisabilité au regard des coûts liés aussi à la réglementation rappelée par le bureau d'étude sécurité.

Dans ces démarches réglementaires, le soutien de l'assistant à maîtrise d'ouvrage apporte les éléments techniques et l'expérience dans le domaine de l'architecture, qui sont autant d'aides à la décision dans les aménagements à faire.

Les risques de baisse du taux d'activité durant les travaux, face à l'inévitable augmentation du prix de journée.

Le coût de l'hébergement dépasse parfois les capacités financières des résidants. Lorsque les ayants droits ne peuvent plus payer, c'est l'aide sociale départementale qui prend le relai pour rémunérer l'établissement.

L'augmentation du prix de journée due aux travaux nous confrontera à ce problème pour nombre de résidants. Une grande partie des personnes accueillies étant d'anciens agriculteurs, les retraites ne suffiront sans doute pas à couvrir le nouveau coût d'hébergement à l'EHPAD Delante. Bien qu'informés de ce risque, un important travail devra se faire avec les familles, qui n'a pas encore été abordé en termes de chiffres précis.

Devant un prix de journée moins attractif que par le passé, les choix des résidants pourront s'orienter vers des structures ne présentant pas les nuisances engendrées par les travaux, que va connaître durant trois ans l'EHPAD Delante.

Le comparatif des prix de journée des établissements similaires en Sarthe<sup>85</sup>, indique la place qu'occupera l'établissement au terme de l'opération. Passant des maisons de retraite les moins chères, à celles, réhabilitées, les plus coûteuses, il faudra s'attendre à une éventuelle diminution des admissions durant la période de travaux. Néanmoins, les projections démographiques indiquent bien l'augmentation des besoins qui se feront sentir dans la prochaine décennie. D'autre part, la différence se lissera dans le temps, avec la diminution progressive des amortissements et des frais financiers.

---

<sup>85</sup> Annexe 3, p.A18, A19.



En outre, les tarifs d'hébergement temporaire sont identiques à ceux de l'hébergement permanent, avec un taux d'activité prévisionnel de 60%, dont il faudra tenir compte dans les budgets.

### **3.3.3 La temporalité du projet : un « iceberg » dont la préparation, peu visible actuellement, représente un long préalable minutieux dont dépendent la réussite et la pertinence garanties dans la durée.**

Un projet évoqué de longue date, après plusieurs intentions non abouties.

En partie liés à une gestion par intérim de l'établissement, quelques projets avaient été amorcés à la maison de retraite Delante, notamment pour accueillir des personnes désorientées, mais n'ont pas vu le jour.

La vétusté des locaux et leur exigüité évoquent depuis longtemps, de toute évidence, la nécessité d'une restauration de l'établissement. D'autre part, pour obtenir une viabilité financière et répondre aux demandes non satisfaites de places, l'augmentation de la capacité d'accueil se justifie pleinement.

C'est pourquoi les instances dont dépend l'établissement de Nogent le Bernard ont entériné un projet pressenti de longue date et en ont validé les orientations.

L'enjeu est celui d'une réussite attendue par tous, professionnels, résidents, mais aussi familles, qui ne manquent pas de remarquer le manque de confort et surtout d'espaces à vivre.

Le préalable de la phase études, et la durée de phasage des travaux, donnent à voir le long cheminement de la préparation nécessaire à un projet de cette envergure. Les résidents sont informés du projet en cours, mais répondent souvent qu'ils ne seront plus là pour voir la nouvelle maison de retraite.

Anticiper l'avenir de l'après-projet : Les personnes accueillies demain auront d'autres besoins qu'aujourd'hui.

Il est indispensable de penser la restructuration dans le sens de l'évolutivité. Le temps de terminer cette opération permettra de repérer des besoins émergents, que l'on ne peut tous anticiper. Une part d'inconnu reste à accepter, même en tenant compte des perspectives étudiées par les enquêtes ou différents rapports.

Pour autant, lors de la visite réglementaire de l'ingénieur DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), en début d'étude, il fut demandé expressément de prévoir une augmentation de la capacité pour l'après projet, dans une dizaine d'années. Cette prévision est inscrite au programme, et prévoit 4 chambres supplémentaires, aménageables par la suite.

Le développement de la diversification de l'accueil n'a pu, à ce jour, intégrer ni un accueil de jour, ni de nuit, pour lesquels un agrandissement plus important serait nécessaire, voire l'acquisition de foncier à proximité. Les limites du coût d'investissement arrêtent les choix du projet actuel, mais donnent une ouverture pour que d'autres projets mûrissent. Cette perspective permet de ne pas laisser l'établissement vieillir sans enrichissement, comme ce fut le cas durant les 20 dernières années et de se projeter toujours plus avant en restant à l'écoute des besoins des personnes âgées.

Une évaluation permanente de la pertinence des choix, à mener au regard de l'objectif annoncé de recréer du domicile en EHPAD.

La loi 2002-2 prévoit une autoévaluation interne tous les 5 ans et une évaluation externe, tous les 7 ans. La grille ANGELIQUE, a été utilisée en 2004 pour la préparation de la convention tripartite de la maison de retraite Delante et constitue un outil consensuel pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Elle devra être reprise en 2009, afin de vérifier que les améliorations projetées sont effectivement réalisées. D'ici là, une évaluation des travaux en cours sera réalisée, en ce qui concerne la construction et la rénovation, selon le programme établi. Les réunions de chantier, et la validation de phases intermédiaires seront des temps de pointage des écarts éventuels entre la commande et le réalisé.

L'évaluation, à terme, du projet de créer du domicile en EHPAD pour préserver la continuité identitaire reposera sur les objectifs fixés, avec les indicateurs suivants :

- Une réelle préparation de l'accueil par les résidents, familles et professionnels. Un questionnaire sera renseigné, dans le mois suivant les admissions.
- Des chambres personnalisées dès avant l'entrée.
- La fréquence des visites et la fréquentation de la structure par le réseau privé des résidents. L'utilisation quantifiée des espaces dédiés aux proches.
- La présence effective du réseau professionnel et social dans l'EHPAD.
- Le nombre de sorties effectuées par les résidents, fréquence et lieux favoris.
- L'état de santé physique et mentale, l'autonomie des résidents, comparativement à celui à l'entrée, à distance d'un mois, puis par trimestre.
- La qualité des relations avec les familles. Présence aux rendez-vous.
- La situation financière et la maîtrise du prix de journée au terme des travaux.

- Des enquêtes de satisfaction seront réalisées sur l'ensemble des prestations, auprès des familles et des résidents.

D'autres indicateurs pourront être relevés, en fonction des observations que nous ferons, en restant attentifs à l'inattendu généré par la mise en œuvre des transformations de la structure et de l'accompagnement.

### **CONCLUSION PARTIE 3**

Le projet de restructuration de l'EHPAD Delante est le point de départ du nouvel essor d'une structure ancienne, ayant pris la mesure des transformations à effectuer pour accompagner les résidents dans le souci du maintien de leur identité

L'ouverture de l'établissement à son environnement, les liens avec le réseau et la reconstitution de conditions de vie proches de celles du domicile, constituent les bases d'élaboration du projet dans son architecture, étroitement lié au projet de vie.

La conception de domicile, impulsée par ce projet dans l'EHPAD, est sous tendue par deux aspects indissociables : la reconstruction donnant les moyens à l'ouverture et l'accompagnement favorisant l'individualisation et le respect de l'identité.

Porté par l'ensemble des acteurs, élaboré en concertation avec les professionnels, ce projet bénéficie de conditions favorables à une mise en œuvre réaliste.

Il s'inscrit dans les orientations des politiques publiques, dans l'objectif d'inventer une nouvelle forme de maison de retraite et de donner le libre choix aux personnes âgées du dispositif d'accompagnement, par l'accueil diversifié.

La faisabilité financière s'avère favorable, imposant des limites en lien avec le coût de la construction mais permettant d'envisager à plus long terme une évolution de la future structure.

Partant pour trois années de travaux, le challenge de cette restructuration sera de maintenir le dynamisme qui la porte, tenant compte des nuisances qu'apporteront démolition, construction et déménagements en chambres doubles durant le phasage.

Cependant, la vie interne de l'établissement va, de ce fait, beaucoup bouger, et apporter aux résidents un mouvement permanent, porteur d'échanges et tourné vers l'avenir.

C'est, ici encore, une occasion de favoriser la participation des résidents et des familles à cette aventure commune.

## CONCLUSION

La perte des repères identitaires, liés au domicile, fait basculer les personnes âgées entrant à l'EHPAD, dans un processus éprouvant d'adaptation à une vie collective, qu'ils ne parviennent pas toujours à intégrer.

J'ai ainsi fait le diagnostic d'une situation d'établissement qui a vieilli, tant dans l'accompagnement des résidants que dans sa structure. Une décision de restructuration globale s'est imposée à nous comme une évidence.

Le contexte législatif a évolué, lui aussi, et partant du constat de devoir adapter les dispositifs d'accueil aux plus âgés de notre société, incite aux orientations d'ouverture et d'articulation entre le domicile et les institutions.

Mon rôle de directrice est d'être moteur et force de propositions, d'innovations au service des usagers, en accord avec les Administrateurs.

Coordonnant tous les aspects de la gestion d'une structure et les harmonisant, j'ai aussi la responsabilité d'impulser une dynamique dans les projets, en les intégrant à un contexte toujours en mouvement, en collaboration avec l'ensemble des équipes professionnelles et dans les possibilités de son budget.

Le projet de restructuration de l'EHPAD Delante est né d'une volonté partagée d'adapter l'établissement, en permettant aux résidants d'y retrouver une sensation de domicile, de conserver leur identité par un accompagnement respectueux de chacun, dans un environnement ouvert.

La dynamique des équipes professionnelles, ayant initié une démarche de personnalisation de l'accompagnement, prendra toute sa dimension dans la future structure, donnant des moyens concrets à l'application des projets de vie et au développement des relations sociales et professionnelles.

Les finalités d'un tel projet sont de faire vivre l'EHPAD Delante comme un vrai domicile, où puissent se nicher des foyers identitaires et où la vie sociale soit insérée dans l'EHPAD, et l'EHPAD inséré dans la cité, créant une osmose protégée, dans une continuité d'existence riche de sens.

L'enjeu en est l'adéquation évolutive des prestations offertes, préservant le maintien identitaire des personnes accueillies. La valorisation de l'EHPAD sera ainsi garante de la pérennité de son rôle, en tant qu'acteur sur son territoire, faisant le lien entre les dispositifs et les personnes.

Sa capacité à se remettre en question, à ajuster en permanence les services aux attentes émergentes des résidants, pourra alors justifier d'un véritable accompagnement comme à domicile, préservant la continuité identitaire des personnes que nous accueillons.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- AMYOT J.J., MOLLIER .*Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Dunod. 2004.242 p.
- BADEY-RODRIGUEZ C. *Les personnes âgées en institution, vie ou survie*. Paris : Seli Arslan. 1997, 190 p.
- DEBOUT M. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes. Editions ENSP. 2003 77 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan. 2004. 335 p.
- ENNUYER B. *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris :Dunod. 2004. 330 p.
- GINESTE Y., PELLISSIER J. *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Bibliophane-Daniel Bradford. 2005. 367 p.
- HENRARD J.C., ANKRI J. *Vieillesse grand âge et santé publique*. Rennes : Editions ENSP. 2003. 277 p.
- KAUFMANN J.C. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Hachette. 2005. 351 p.
- MALLON I. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes : Pur. 2004. 287 p.  
Le sens social.
- MESSY J. *La personne âgée n'existe pas*. Paris :Petite bibliothèque Payot . 1992. 221 p.
- MUCCHIELLI A. *L'identité*. Paris : Puf. 1986. 127p.
- PELLISSIER J. *La nuit, tous les vieux sont gris*. Paris : Bibliophane-Daniel Bradford. 2003. 347 p.
- PINEAU G. *Accompagnements et histoire de vie*. Paris : L'Harmattan. 1998. 303 p.
- PINEAU G., LE GRAND J.L. *Les histoires de vie*. Paris : Puf. 2002. 127 p.
- PUIJALON B., TRINCAZ J. *Le droit de vieillir*. Paris : Fayard. 2000. 276 p.
- THIEBAUD D. *Comprendre le vieillissement. Libérer ses peurs, apprivoiser sa vieillesse*. Lyon : Chroniques Sociales. 2005. 87 p.
- VILLEZ A. *Adapter les établissements pour personnes âgées. Besoins, réglementation, tarification*. Paris : Dunod; 2005. 392 p.
- VUILLEMOT J.L. *La personne âgée et son animal. Pour le maintien du lien*. Toulouse : érès.1997. 136 p.

## PERIODIQUES

- ANGUIS M., CASES C., SURAULT P. *L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération*. DREES. Etudes et résultats, n° 185, août 2002.
  - ARFEUX-VAUCHER G. Dans les familles à 5 générations, je demande les grands-parents. *Gérontologie et société*, Septembre 2001, n° 98. p 8.
  - AZEMA.J. *Portrait-robot du résident*. Mensuel des maisons de retraite, juin/juillet 2006, n°92, pp.12-13.
  - CATANT C. Vivre le temps. *Soins gérontologie*. Septembre/Octobre 2004, n°49, p.29.
  - DAUVERCHAIN J.C. *Le vieillissement réussi*. Paris : SERDI, 1997. 105p. L'année gérontologique.
- Guide de la réforme sur les établissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- KAGAN Y. Comment reconnaître une dépression ? *Gérontologie pratique*. Mai 2006, n°177, p5.
  - LE BIHAN B., MARTIN C., JOËL M.E., *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume Uni et Suède : une étude de cas types*. Etudes et Résultats. DREES. n°176. juin 2002
  - LEROY S., MYSLINSKI M., DE GALBERT A. Représentations préalables de l'entrée en institution de la personne âgée et sa famille, *Gérontologie*, janvier, février, mars 2004, n°125, p.37.
  - MALLON I. *Vieillir ensemble entre proches et professionnels, érés*. Toulouse. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » EMPAN. n°52 décembre 2003, p.133.
  - PERSONNE M., *Des relations sexuelles aux relations sexuées*. FNADEPA cahiers, juin 2006, N°91, p.33.
  - *Peut-on bien vieillir aujourd'hui en France ?* Colloque GERONTEXPO. 8-10 mars 2005. Paris. 2005. Documentation FNADEPA. P.25
  - REGUER D. Dynamique du logement chez les personnes vieillissantes. *Soins gérontologie*, Mars/Avril 2004, n°46, p.21.
  - *Situation sociale et attente des seniors* Observatoire régional des Pays de la Loire (document 51) Août 2004. Schéma gérontologique de la Sarthe p25.
  - VARIANI E. Faciliter l'entrée en établissement. *Décideurs en gérontologie*, janvier/février 2004, n°59, p.12.

## DOCUMENTS SUR INTERNET

- Extrait des actes du colloque « ...60, 80,100 ans ! Bien vivre en milieu rural » 2003.  
Paris. 2003. Disponible sur Internet :

[http://www.famillesrurales.org/contenu\\_seul.php?id\\_site=1&ancien\\_niv1=12](http://www.famillesrurales.org/contenu_seul.php?id_site=1&ancien_niv1=12)

- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Fondation Nationale de Gériatrie. Commission « Droits et Libertés ». Disponible sur Internet :  
[http://www.fng.fr/html/droit\\_liberte/charte\\_integral.htm](http://www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_integral.htm)

- LE BOULER S. *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Second rapport de la mission « Prospectives des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes ». 23 juin 2006. Disponible sur Internet :  
[http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id\\_article=118&var\\_recherche=rapport+le+bouler](http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id_article=118&var_recherche=rapport+le+bouler)

- MEMBRANO M., VALETTE M., Livre blanc de l'aide aux aidants, Université Toulouse II, décembre 2004. Disponible sur Internet :  
[http://www.pratiquesensante.info/bd/article.php3?id\\_article=47](http://www.pratiquesensante.info/bd/article.php3?id_article=47)

- GUINCHARD KUNSTLER P. Députée du Doubs, 1999. *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Disponible sur Internet :  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994001455/index.shtml>

- ENQUETE HID - Handicaps-Incapacités-Dépendances (INSEE - 1998-2002).  
Disponible sur Internet :  
<http://www.moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/epistats/autresstats/hid.htm#pres>

- Guide de la réforme des EHPAD, Décembre 2003. Disponible sur Internet :  
[http://www.cram-aquitaine.fr/pdf/sante/ehpad/guide\\_ehpad.pdf](http://www.cram-aquitaine.fr/pdf/sante/ehpad/guide_ehpad.pdf)

---

# Liste des annexes

---

<b>ANNEXE 1 : ENTREES ET SEJOURS DES RESIDANTS</b>	<b>P A1</b>
- Evolution des provenances géographiques des résidants	P.A2
- Situation avant l'entrée en 2005	P.A3
- Circonstances d'entrée à la maison de retraite Delante	P A4
- Durées de séjour des personnes sorties	P.A5, A6
<b>ANNEXE 2 : LE PERSONNEL DE L'EHPAD</b>	<b>P.A7</b>
- Organigramme	P.A8
- Lieux de résidence du personnel	P.A9
- Formations du personnel	P.A10
- Exemples de fiches de tâches	P.A11, A12
- Calendrier des réunions	P.A13
<b>ANNEXE 3 : TRAVAUX</b>	<b>P.A14</b>
- Plan cadastral	P.A15
- Plan de masse actuel	P.A16
- Plan de financement prévisionnel	P.A17
- Comparatif des prix de journées établissements Sarthois	P.A18, A19
- Synthèse du programme détaillé	P.A20, A21
- Calendrier de phasage des travaux	P. A22
- Calendrier des réunions travaux	P.A23
- Esquisse niveau – 1	P.A24
- Esquisse rez-de-chaussée	P.A25
- Esquisse niveau +1	P.A26
<b>ANNEXE 4 : REGLEMENTATION</b>	<b>P.A27</b>
- Principaux textes règlementaires	P.A28
- Les groupes iso-ressources	P.A29
- Grille AGGIR type	P.A30
<b>ANNEXE 5 : DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE</b>	<b>P.A31</b>
- Les différents dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes	P.A32
<b>ANNEXE 6 : PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET</b>	<b>P.A33</b>
- Le travail avec les professionnels de l'EHPAD	P.A34, A35, A36
- Fiche de poste type proposée	P.A37



<b>ANNEXE 1 : ENTREES ET SEJOURS DES RESIDANTS</b>	P A1
- Evolution des provenances géographiques des résidants	P.A2
- Situation avant l'entrée en 2005	P.A3
- Circonstances d'entrée à la maison de retraite Delante	P A4
- Durées de séjour des personnes sorties	P.A5, A6

## Evolution des provenances géographiques des résidents De l'EHPAD Delante

Inversion de la tendance de la provenance des résidents, évaluée depuis 2003.

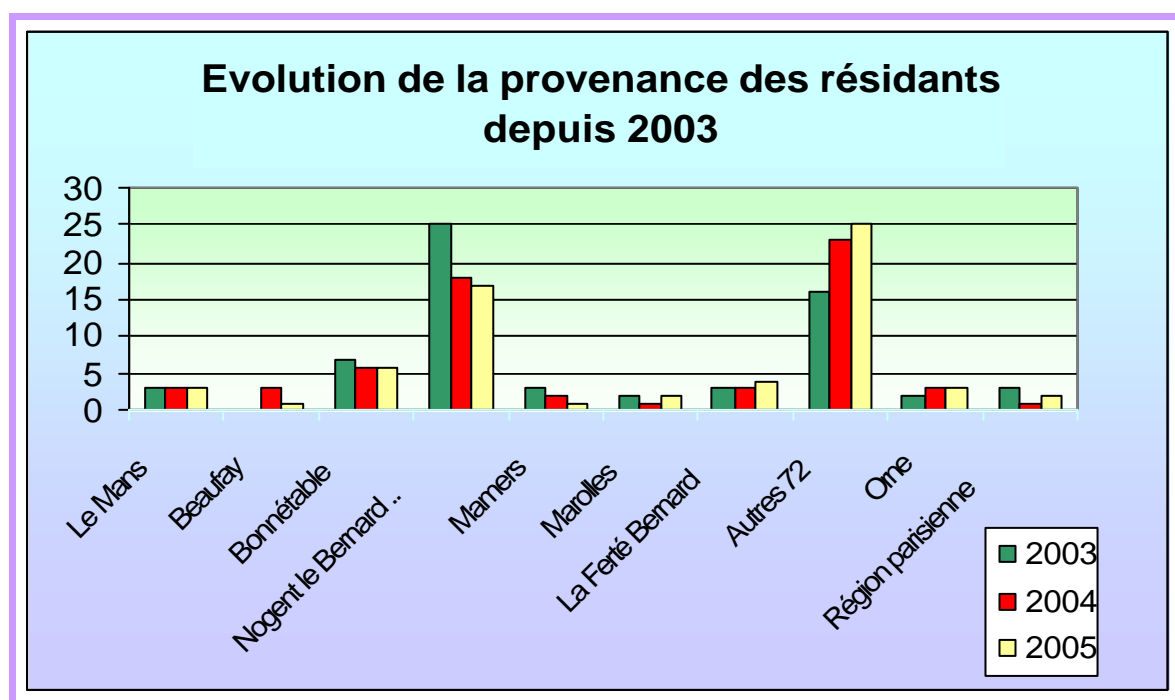
**En 2003** : Majorité en provenance de Nogent le Bernard et St Cosme en Vairais.

**En 2004** : La situation évolue vers une diversification de l'origine géographique.

**En 2005** : La majorité des résidents provient de diverses communes du département.

### La population accueillie reste en majorité rurale

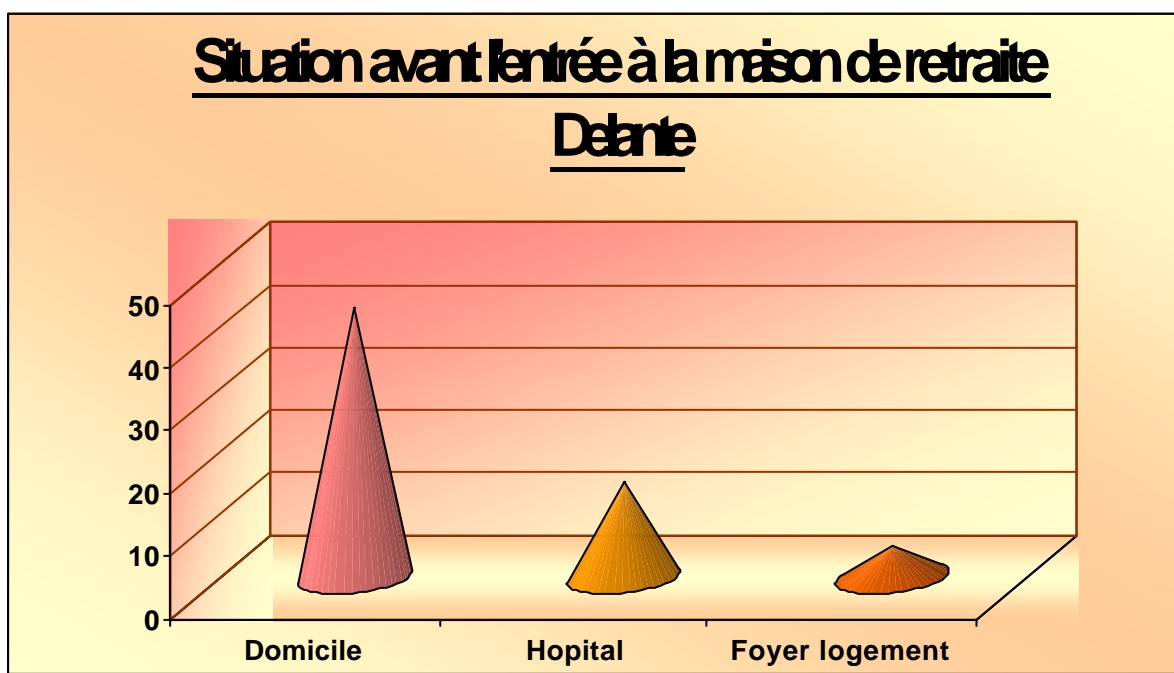
<i>EVOLUTION 2003-2004-2005</i>			
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Lieu</b>	<b>Effectif</b>	<b>Effectif</b>	<b>Effectif</b>
Le Mans (40 km)	3	3	3
Beaufay (16 km)	0	3	1
Bonnétable (8,5 km)	7	6	6
Nogent le Bernard - St Cosme (4 km)	25	18	17
Mamers (17,5)	3	2	1
Marolles (18 km)	2	1	2
La Ferté Bernard (16 km)	3	3	4
Autres 72	16	23	25
Orne	2	3	3
Région parisienne	3	1	2
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>63</b>	<b>64</b>



## Situation avant l'entrée en 2005 EHPAD Delante

62,5% des personnes accueillies en 2005 viennent du domicile. Les foyers logements étant considérés comme un domicile, ce sont donc 76,5% des personnes qui sont concernées par la rupture avec le domicile que représente l'entrée en EHPAD. Au regard des circonstances d'entrée, en urgence et sans préparation préalable, ces chiffres attestent du besoin de repenser l'accompagnement dans cette phase de rupture.

Provenance	Nombre de résidents
Domicile	40
Hôpital	15
Foyer logement	9
<b>Total</b>	<b>64</b>



## Circonstances d'entrée à la maison de retraite Delante

Les personnes accueillies à la maison de retraite Delante entrent de plus en plus souvent dans des circonstances d'urgence, les mouvements de «turn-over » augmentent chaque année, et les durées d'attente diminuent entre le premier contact avec la maison de retraite et le jour d'admission. Ce constat atteste de la difficulté de préparer l'entrée, et des risques perte identitaire dus à la rapidité de la décision prise. L'étude des mouvements montre, sur 2003, 2004 et 2005 :

◆ La durée écoulée entre le premier contact avec la maison de retraite et le jour de l'admission

- **En 2003** : 5,5 mois en moyenne d'attente. Pour 4/9 personnes, moins de 14 jours.
- **En 2004** : 4,33 mois en moyenne d'attente. Pour 4/9 personnes, moins de 12 jours.
- **En 2005** : 2,62 mois en moyenne d'attente. Pour 13/16 personnes, moins de 14 jours.

◆ Les entrées en urgence en augmentation :

- **En 2003** : 55,5% sont entrées en urgence. (5/9)
- **En 2004** : 77,7% sont entrées en urgence (7/9)
  
- En 2005** : 80% des personnes sont entrées en urgence. (12/15)

## Durées de séjour des personnes sorties.

Les durées de séjour diminuent progressivement, en lien avec un plus grand nombre d'entrants et de sortants. Le maintien à domicile favorisé, permet aux résidents de rester plus longtemps chez eux, et d'entrer en EHPAD à un âge très avancé, ou dans une situation de santé ou de dépendance importants. Les durées de séjour très courtes montrent une conséquence de la perte des repères, et une dégradation rapide de l'état de santé, pour des personnes fragilisées par le grand âge.

**En 2003 : 9** sorties dont 7 décès. 1/9 personne est restée moins de 1 an, 6/9 moins de 4 ans.

**En 2004 : 12** sorties dont 11 décès. 2/12 personnes sont restées moins de 1 an, 8/12 moins de 4 ans.

**En 2005 : 16** sorties dont 12 décès, 4/16 sont restées moins de 1 an, 8/16 moins de 4 ans.

DONNÉES DE DURÉE		2003			
Nom		Début	Fin	Durée du séjour	Transfert
RESIDANT 1	Décès	19/08/2002	28/02/2003	0 ans, 6 mois, 9 jours	
RESIDANT 2	Décès	10/03/2000	22/04/2003	3 ans, 1 mois, 12 jours	
RESIDANT 3	Décès	22/09/1999	24/07/2003	3 ans, 10 mois, 2 jours	
RESIDANT 4	sortie	01/09/1999	12/02/2003	3 ans, 5 mois, 11 jours	LONG SÉJOUR
RESIDANT 5	Décès	04/02/2000	17/11/2003	3 ans, 9 mois, 13 jours	
RESIDANT 6	Décès	01/02/2000	14/11/2003	3 ans, 9 mois, 13 jours	
RESIDANT 7	Décès	07/10/1996	05/09/2003	6 ans, 10 mois, 29 jours	
RESIDANT 8	sortie	22/05/1997	30/08/2003	6 ans, 3 mois, 8 jours	LONG SÉJOUR
RESIDANT9	Décès	17/01/1990	24/08/2003	13 ans, 7 mois, 7 jours	

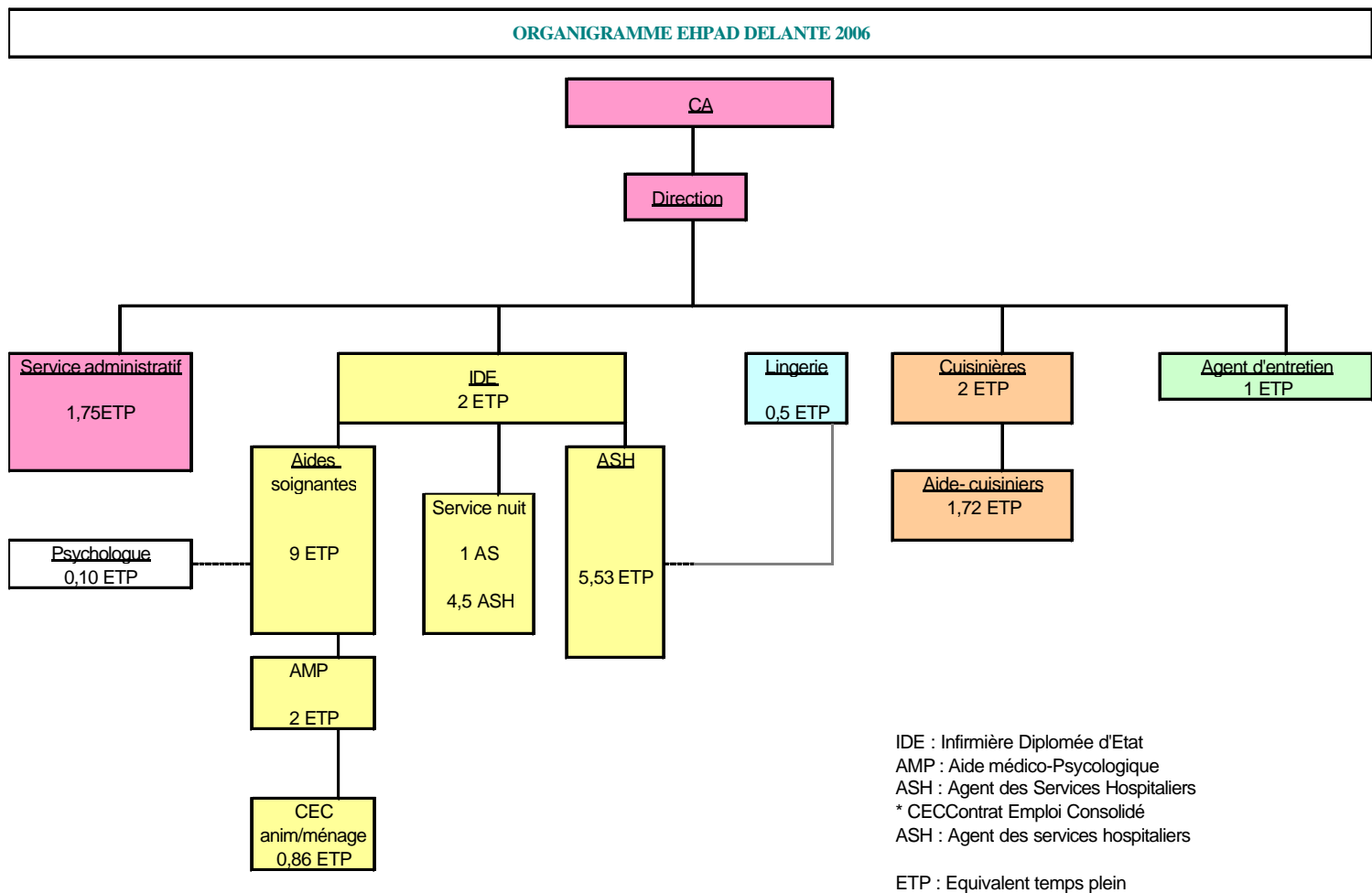
DONNÉES DE DURÉE		2004			
Nom		Début	Fin	Durée du séjour	Transfert
RESIDANT 10	Décès	18/11/2003	18/01/2004	0 an, 2 mois, 0 jours	
RESIDANT 11	Décès	06/02/2004	15/04/2004	0 an, 2 mois, 9 jours	
RESIDANT 12	Décès	19/12/2002	01/01/2004	1 an, 0 mois, 13 jours	
RESIDANT 13	Décès	06/02/2002	21/01/2004	1 an, 11 mois, 15 jours	
RESIDANT 14	Décès	12/08/2002	31/12/2004	2 ans, 4 mois, 19 jours	
RESIDANT 15	Décès	16/04/2002	18/08/2004	2 ans, 4 mois, 2 jours	
RESIDANT 16	Décès	29/03/2000	15/03/2004	3 ans, 11 mois, 15 jours	
RESIDANT 17	sortie	01/09/1999	12/02/2003	3 ans, 5 mois, 11 jours	LONG SÉJOUR
RESIDANT 18	Décès	07/02/2000	22/02/2004	4 ans, 0 mois, 15 jours	
RESIDANT 19	Décès	14/08/1997	26/01/2004	6 ans, 5 mois, 12 jours	
RESIDANT 20	Décès	01/08/1991	21/04/2004	12 ans, 8 mois, 20 jours	
RESIDANT 21	Décès	03/01/1991	23/12/2004	13 ans, 11 mois, 20 Jours	

DONNÉES DE DURÉE		2005			
Nom		Début	Fin	Durée du séjour	Transfert
RESIDANT 22	sortie	21/03/2005	31/03/2005	0 an, 0 mois, 10 jours	DOMICILE
RESIDANT 23	Décès	16/06/2005	13/07/2005	0 an, 0 mois, 27 jours	
RESIDANT 24	Décès	01/02/2005	17/03/2005	0 an, 1 mois, 16 jours	
RESIDANT 25	Décès	25/07/2005	17/09/2005	0 an, 1 mois, 23 jours	
RESIDANT 26	Décès	15/09/2003	03/03/2005	1 an, 5 mois, 16 jours	
RESIDANT 27	sortie	18/09/2003	12/05/2005	1 an, 7 mois, 24 jours	LONG S, ST CALAIS
RESIDANT 28	Décès	16/10/2002	19/04/2005	2 ans, 6 mois, 3 jours	
RESIDANT 29	Décès	12/02/2002	26/08/2005	3 ans, 6 mois, 14 jours	
RESIDANT 30	Décès	15/11/2000	23/01/2005	4 ans, 2 mois, 8 jours	
RESIDANT 31	Décès	29/02/2000	25/06/2005	5 ans, 3 mois, 27 jours	
RESIDANT 32	sortie	23/02/2000	21/06/2005	5 ans, 3 mois, 29 jours	LONG.S,BON NETABLE
RESIDANT 33	Décès	23/02/1999	17/03/2005	6 ans, 0 mois, 22 jours	
RESIDANT 34	Décès	21/02/1997	20/01/2005	7 ans, 10 mois, 30 jours	
RESIDANT 35	Décès	11/01/1996	05/03/2005	9 ans, 1 mois, 22 jours	
RESIDANT 36	Décès	27/09/1995	08/03/2005	9 ans, 5 mois, 9 jours	
RESIDANT 37	sortie	05/03/1970	24/03/2005	35 ans, 0 mois, 19 jours	CHS LE MANS

## **ANNEXE 2 : LE PERSONNEL DE L'EHPAD**

	P.A7
- Organigramme	P.A8
- Lieux de résidence du personnel	P.A9
- Formations du personnel	P.A10
- Exemples de fiches de tâches	P.A11, A12
- Calendrier des réunions	P.A13

L'organigramme du personnel de l'EHPAD s'appuie sur les postes alloués par les autorités de tarification, et précise les relations hiérarchiques devant être respectées. La différenciation des services et leur spécificité situent chacun dans ses fonctions. Les fiches de postes de chaque métier ne sont pas encore élaborées.



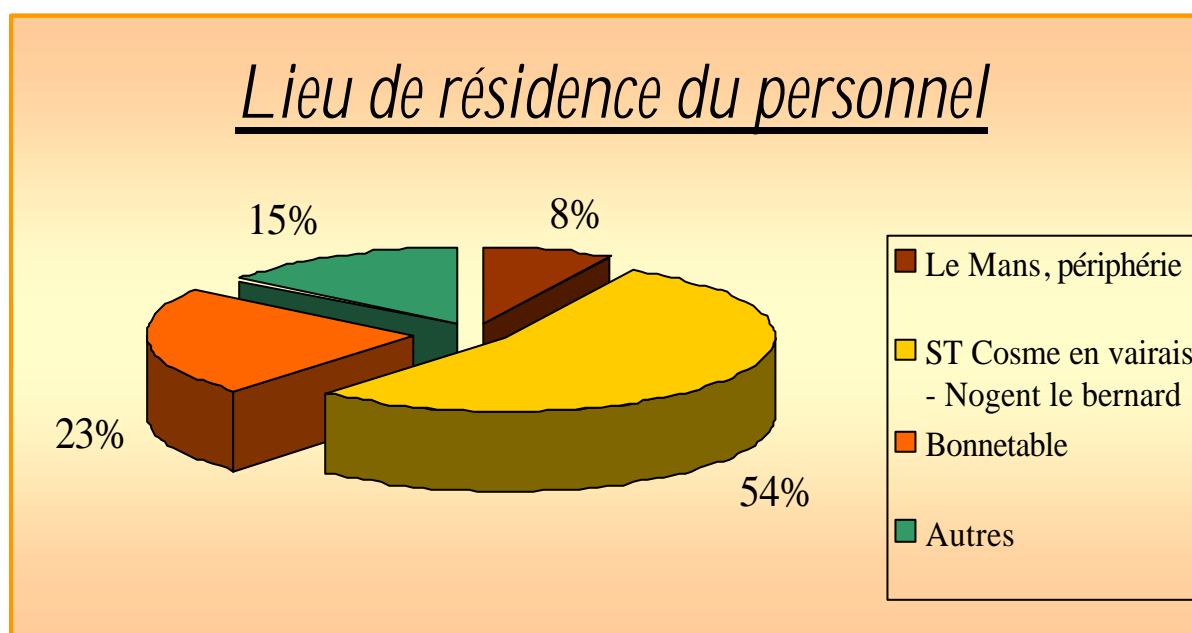


## Lieux de résidence du personnel

A l'image de la provenance des résidents, le personnel est majoritairement local (St Cosme en Vairais (4 km), Nogent le Bernard, Bonnétable(8,5km))

(Le nombre de personnes dépasse les ETP alloués, en raison des temps partiels liés à l'organisation des plannings.)

VILLES	Le Mans, périphérie (40km)	ST Cosme en Vairais - Nogent le Bernard	Bonnétable	Autres	Total
EFFECTIFS	2	21	10	6	39



<b>Formations concernant l'accompagnement, l'animation et les activités réalisés à l'EHPAD Delante</b>			
<b>2004</b>			
<b>Intitulé formation</b>	<b>Organisme</b>	<b>Durée</b>	<b>Nombre d'agents</b>
Gymnastique. douce niveau 1	IRFA Evolution	35 H	1
Manutention	IRFA Evolution	70 H	1
Gestes d'urgence en gériatrie	IRFA Evolution	28 H	1
Journées régionales de l'animation	ANIMAGINE	7,5 H	2
Gym. Douce niveau 2	IRFA Evolution	21 H	1
Formation. gériatrique	La Reposance	49 H	1
Projet social animal de compagnie	LPA Alençon	14 H	1
Audit et organisation des soins	FORMAVENIR	119 H	12
CAFDES	IRTS Rennes	1 <sup>ère</sup> année	1
<b>2005</b>			
Prévention des chutes	IRFA Evolution	21 H	3
Prévention maltraitance	PRAXIS Conseil	7,5 H	1
Gymnastique douce	IRFA Evolution	28 H	3
Audit organisation des soins	FORMAVENIR	28 H	12
Gérer l'agressivité	André GUY	28 H	1
Gestes 1ers secours	Pompiers Bonnétable	21 H	20
AMP	IFEPS	1 <sup>ère</sup> année	1
DU gérontologie	Université Nantes	1 <sup>ère</sup> année	1
CAFDES	IRTS Rennes	2 <sup>ème</sup> année	1
<b>2006</b>			
Méthodologie de soins humanitude	IGM Grand Ouest	7 H	4
Accueil et admissions	ANIMAGINE	16 H	5
Journée de l'escarre	CH Le Mans	7 H	2
Congrès Liberté et sécurité	FNADEPA	15 H	1
Méthodologie de soins humanitude	IGM Grand Ouest	56 H	4
AMP	IFEPS	2 <sup>ème</sup> année	1
DU gérontologie	Université Nantes	1 <sup>ère</sup> année	1
CAFDES	IRTS Rennes	2 <sup>ème</sup> année	1

**Les orientations du plan de formation 2007 :**

- Méthodologie de soins humanitude : Formations des salariés non encore formés, pour compléter la formation de la totalité de l'équipe soignante.
- Connaissance de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées.
- DU de gérontologie, IDE.
- Formation Gériatrique générale pour deux agents non qualifiés.
- Fin de formation AMP (1<sup>er</sup> trimestre 2007).

**EXEMPLES DE FICHES DE TACHES PAR HORAIRES DES AIDES SOIGNANTS, AMP, et FAISANT FONCTION.**

Des fiches de tâches ont été réalisées, pour mettre en place un planning réorganisé dans ses horaires et roulements.

Les nouveaux horaires permettent d'avoir plus de temps le matin pour les soins, et d'affecter un ou deux agents par jour pour à l'animation, aux sorties, et auprès des résidents en groupe ou individuellement.

Les fiches horaires de nuit n'ont pas encore été réalisées, ni celles des week-ends. Le fonctionnement habituel est maintenu, et sera peu modifié en raison du personnel restreint sur ces périodes, ayant déjà optimisé le temps de travail sur les priorités que sont les aides essentielles, toilettes, repas, déplacements.

Un planning d'entretien a également préparé, destiné à couvrir de manière exhaustive tout le ménage en détaillant les tâches.

<b>HORAIRE M (A) x2 / 6h45 à 14h45 AS ET ASH SOINS</b>	<b>DU LUNDI AU VENDREDI</b>
<b>6h45</b>	Transmissions orales avec l'équipe de nuit
<b>De 7h à 8h</b>	toilettes (en priorité, les personnes bénéficiant de petites toilettes au lit et/ou levers)
<b>de 7h45 à 8h30</b>	Service du petit déjeuner en salle à manger, avec de 8h15 à 8h30, portage des plateaux en chambre avec horaire B pour l'aide à l'installation
<b>De 8h30 à 11h</b>	Bains selon le planning des bains, puis aide à la fin des toilettes des résidents (cf fiches autonomie), installation des résidents (salon ou chambre, selon leurs souhaits), réfection des lits (sauf bains), nettoyage adaptables, lavabo et mise en place des serviettes et gants de toilette
<b>De 11h à 11h20</b>	pause
<b>de 11h15 à 11h45</b>	transmissions orales et écrites et lecture des dossiers soins
<b>11h45</b>	accompagnement aux WC et/ou changes
<b>de 12h à 12h45</b>	repas en salle à manger avec présence indispensable en salle à manger (stimulation, aide, problèmes tels que fausses routes...)
<b>de 12h45 à 13h</b>	1 accompagnement vers les chambres ou les salons et changes + 1 débarrasse la salle à manger
<b>de 13h à 13h30</b>	repas du personnel
<b>de 13h30 à 14h15</b>	suite et fin du rangement et nettoyage de la salle de bain et des chariots
<b>de 14h15 à 14h45</b>	rangement de la salle de bain et préparation du chariot ou réunion de service référent etc.
<b>14h45</b>	Fin du service

<b>HORAIRE SA x2 / 8H30 -16H30 AS -ASH SOINS - AMP</b>	<b>DU LUNDI AU VENDREDI</b>
<b>8H30</b>	lecture des transmissions écrites
<b>8h40 à 11h</b>	Toilettes ou aide à la toilettes des résidents (cf fiches autonomie), installation des résidents (salon ou chambre, selon leurs souhaits), réfection des lits (sauf bains), nettoyage adaptables, lavabo et mise en place des serviettes et gants de toilette
<b>11h à 11h20</b>	pause
<b>11h20 à 11h45</b>	transmissions orales et écrites et lecture des dossiers soins
<b>11h45 à 12h30</b>	aide au repas des résidents (service des oiseaux)
<b>12h30 à 13h</b>	repas
<b>13h</b>	préparation de l'animation et réponses aux demandes des résidents (sonettes)
<b>13h30</b>	Accompagner les résidents aux animations et les installer
<b>13h45 à 16h</b>	Animation et distribution du goûter
<b>16h</b>	raccompagner les résidents où ils souhaitent aller (chambre, foyer...) et commencer les changes

<b>HORAIRE C x1 / 8h30*11h45 - 16h*20h15 AS ET ASH SOINS</b>	<b>DU LUNDI AU VENDREDI</b>
<b>8h30 à 11h00</b>	Bains selon le planning des bains, puis toilettes des résidents (cf. fiches autonomie), installation des résidents (salon ou chambre, selon leurs souhaits), réfection des lits (sauf bains), nettoyage adaptables, lavabo et mise en place des serviettes et gants de toilette
<b>11H à 11H20</b>	pause
<b>11H20 à 11h45</b>	transmissions orales et écrites et lecture des dossiers soins
<b>COUPURE</b>	
<b>16h00 à 17h45</b>	changes (avec horaires A et les 2 smt)      2 agents par service
<b>17h45 à 18h00</b>	accompagner les résidents et les installer à table
<b>18h00 à 18h 45</b>	repas en salle à manger avec présence indispensable en salle à manger (stimulation, aide, problèmes tels que fausses routes...)
<b>18h45 à 20 h00</b>	Raccompagner les résidents où ils le souhaitent, chambres, salon TV, changer ceux qui en ont besoins et aider aux couchers ceux qui le souhaitent
<b>20h00 à 20h15</b>	transmissions orales avec l'équipe de nuit

*Exemple de calendrier mensuel des réunions, affiché dans les services le 20 du mois précédent, en même temps que les plannings. Les rencontres avec les équipes et la direction sont rythmées et régulières. La réunion « référents » regroupe un représentant de chaque service, pour une communication mensuelle « horizontale et verticale », ou les informations échangées donnent un recoupage des besoins et remarques, et permettent un regard croisé sur l'organisation d'ensemble, et les questions éventuelles concernant les résidents*

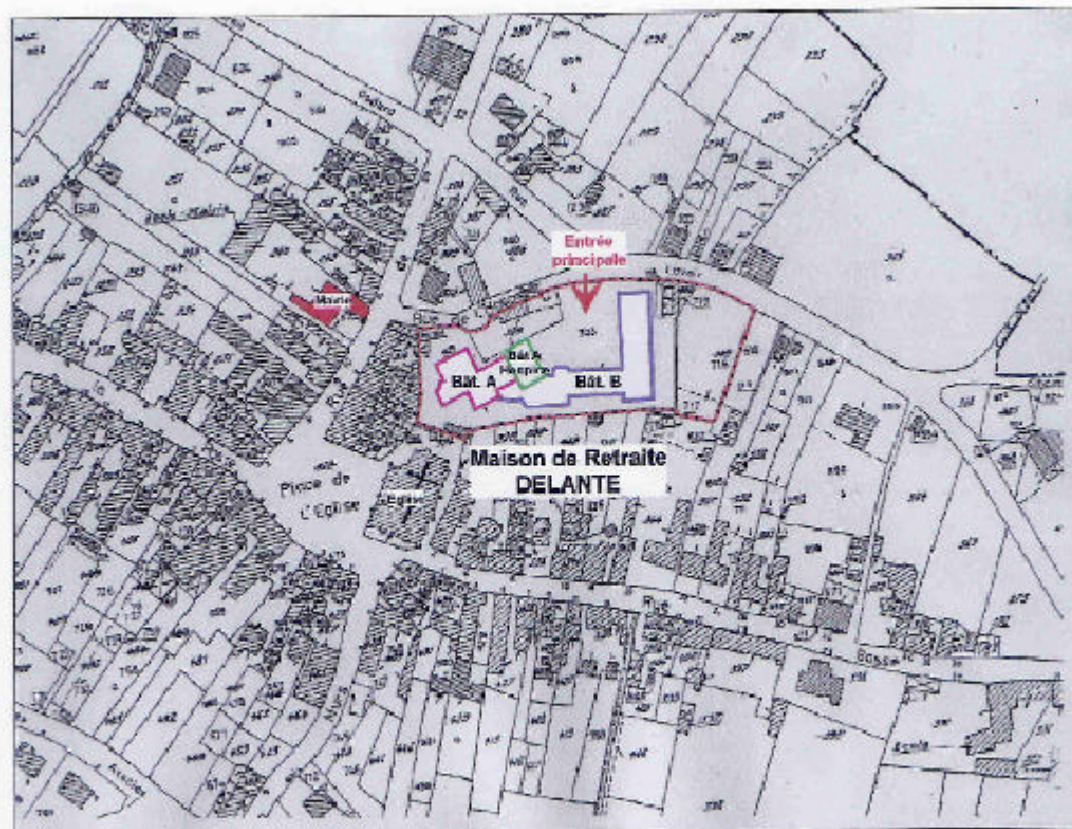
l un.	mar.	mer.	j eu.	ven.	sam.	di m.
		1	2	3	4	5
6 R.Administration Projet de vie	7 entretiens évaluation	8 Ent. Éval. R.Réf. Planning	9 R. soignants R. cuisine	10	11	12
13 R.Administration	14 R.Entretien	15 Dr MAYET A2MO	16 R.Référents	17 R. UPAD	18	19
20 R.Administration Projet de vie	21 Carnaval des enfants	22 R. Infirmiers	23 R. soignants	24	25	26
27 R.Administration CVS	28 R.Animation	29 R.Lingerie	30 Conseil Administraton	31 R.A2MO architectes		[R. = Réunions]

### **ANNEXE 3 : TRAVAUX**

	P.A14
- Plan cadastral	P.A15
- Plan de masse actuel	P.A16
- Plan de financement prévisionnel	P.A17
- Comparatif des prix de journées établissements Sarthois	P.A18, A19
- Synthèse du programme détaillé	P.A20, A21
- Calendrier de phasage des travaux	P. A22
- Calendrier des réunions travaux	P.A23
- Esquisse niveau – 1	P.A24
- Esquisse rez-de-chaussée	P.A25
- Esquisse niveau +1	P.A26

*L'EHPAD Delante, situé au centre du village de Nogent le Bernard, bénéficie d'une implantation centrale proche des services et commerces  
La restructuration envisagée utilise tout le terrain existant*

### PLAN CADASTRAL

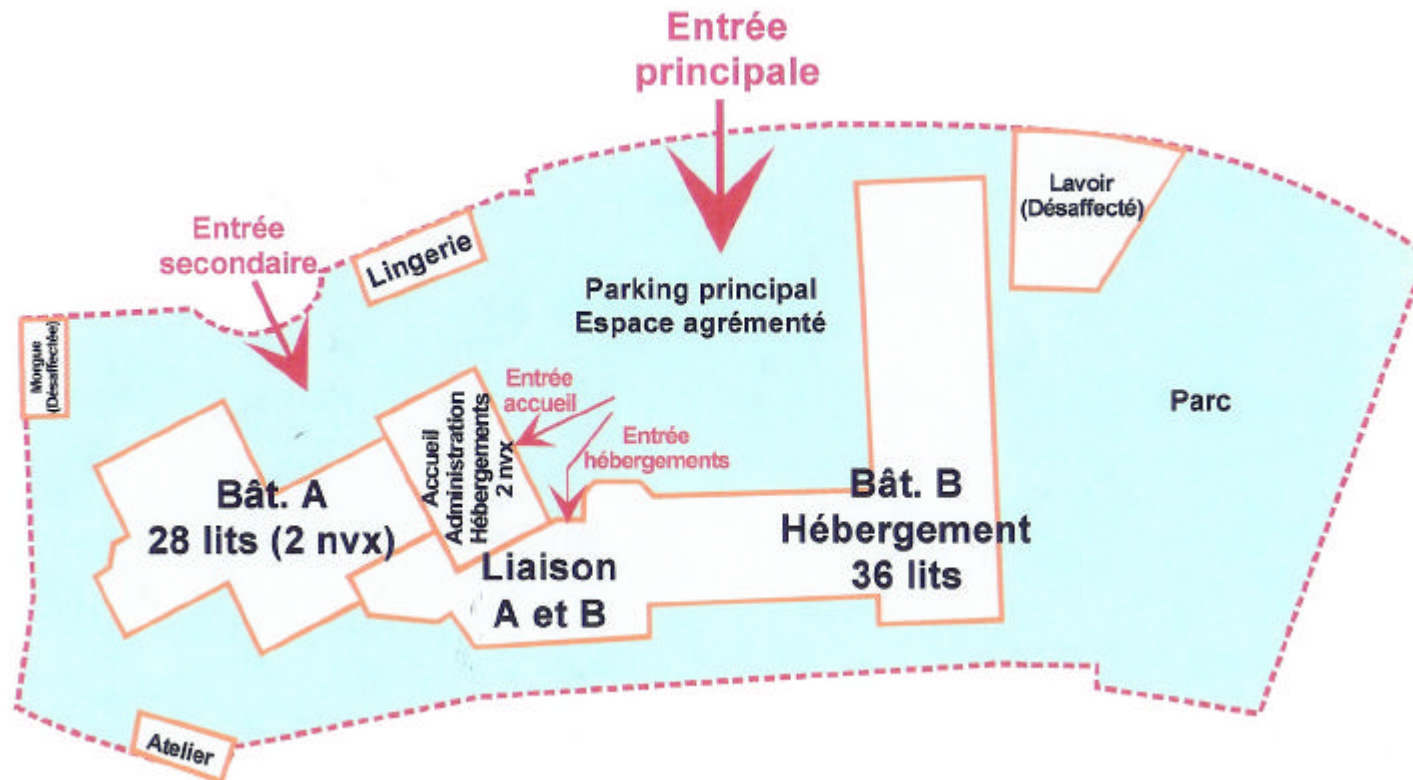


PLAN CADASTAL EHPAD DELANTE

## PLAN DE MASSE ACTUEL DE L'EHPAD

Les bâtiments se répartissent de la manière suivante :

- ❖ Bâtiment B : Rez-de-Jardin.
- ❖ Bâtiment A : Rez-de-chaussée (+1,89m par rapport au plancher du bâtiment B).
- ❖ Bâtiment A - Ancien Hospice : Rez-de-chaussée et étage.





**PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL DES TRAVAUX EHPAD DELANTE - NOGENT LE BERNARD 72110**

Matériel de cuisine Montant à financer : 175 043,17€ Taux d'intérêt actuariel : 3,50% Capital constant Durée 15 ans	Immobilier Montant à financer : 5 770 162€ Taux d'intérêt actuariel : 4% Capital constant Durée 30 ans Subvention Conseil Général : 1 130 720€	Nombre de journées pondérées : 27 667 Taux de remplissage hébergement permanent : 100% Taux de remplissage hébergement temporaire : 60%
---	---	---

PRET BANCAIRE IMMOBILIER					PRET BANCAIRE IMMOBILIER					Amortissement Sur 34 ans	Amortissements + charges fin.	Incidence sur le Prix de journée
Année	Echéance	Amort. Capital	Intérêt bancaire	Capital restant du	Année	Echéance	Amort. Capital	Intérêt bancaire	Capital restant du			
2008	17 796,06	11 669,54	6 126,51	175 043,17	2008	423 145,20	192 338,73	230 806,47	5 770 161,84	208 115,44	445 048,40	16,09
2009	17 387,62	11 669,54	5 718,08	163 373,63	2009	415 451,65	192 338,73	223 112,92	5 577 823,11	208 115,44	436 946,40	15,79
2010	16 979,19	11 669,54	5 309,64	151 704,08	2010	407 758,10	192 338,73	215 419,38	5 385 484,38	208 115,44	428 844,50	15,50
2011	16 570,75	11 669,54	4 901,21	140 034,54	2011	400 064,55	192 338,73	207 725,83	5 193 145,65	208 115,44	420 742,50	15,21
2012	16 162,32	11 669,54	4 492,77	128 364,99	2012	392 371,00	192 338,73	200 032,28	5 000 806,92	208 115,44	412 640,50	14,91
2013	15 753,89	11 669,54	4 084,34	116 695,45	2013	384 677,46	192 338,73	192 338,73	4 808 468,20	208 115,44	404 538,50	14,62
2014	15 345,45	11 669,54	3 675,91	105 025,90	2014	376 983,91	192 338,73	184 645,18	4 616 129,47	208 115,44	396 436,50	14,33
2015	14 937,02	11 669,54	3 267,47	93 356,36	2015	369 290,36	192 338,73	176 951,63	4 423 490,74	208 115,44	388 334,50	14,04
2016	14 528,58	11 669,54	2 859,04	81 686,81	2016	361 596,81	192 338,73	169 258,08	4 231 452,01	208 115,44	380 232,60	13,74
2017	14 120,15	11 669,54	2 042,17	70 017,27	2017	353 903,26	192 338,73	161 564,63	4 039 113,29	208 115,44	372 130,60	13,45
2018	13 711,72	11 669,54	2 450,60	58 347,72	2018	346 209,71	192 338,73	153 870,98	3 846 774,56	208 115,44	364 028,60	13,16
2019	13 303,28	11 669,54	1 633,74	46 678,18	2019	338 513,16	192 338,73	146 177,43	3 654 435,83	208 115,44	355 926,60	12,86
2020	12 894,95	11 669,54	1 225,30	35 008,63	2020	330 822,61	192 338,73	138 483,88	3 462 097,10	208 115,44	347 824,60	12,57
2021	12 486,41	11 669,54	816,87	23 339,09	2021	323 129,06	192 338,73	130 790,33	3 269 758,37	208 115,44	339 732,60	12,28
2022	12 077,98	11 669,54	408,43	11 669,54	2022	315 435,51	192 338,73	123 096,79	3 077 419,65	208 115,44	331 620,70	11,99
		<b>175 043,17</b>			2023	307 741,96	192 338,73	115 403,24	2 885 080,92	208 115,44	323 518,70	11,69
					2024	300 048,42	192 338,73	107 709,69	2 692 742,19	208 115,44	315 825,10	11,42
					2025	292 354,87	192 338,73	100 016,14	2 500 403,46	208 115,44	308 131,60	11,14
					2026	284 651,32	192 338,73	92 322,59	2 308 064,73	208 115,44	300 438,00	10,86
					2027	276 967,77	192 338,73	84 629,04	2 115 726,01	208 115,44	292 744,50	10,58
					2028	269 274,22	192 338,73	76 935,49	1 923 387,28	208 115,44	285 050,90	10,30
					2029	261 580,67	192 338,73	69 241,94	1 731 048,55	208 115,44	277 357,40	10,02
					2030	253 887,12	192 338,73	61 548,39	1 538 709,82	208 115,44	269 663,80	9,75
					2031	246 193,57	192 338,73	53 854,84	1 346 371,10	208 115,44	261 970,30	9,47
					2032	238 500,02	192 338,73	46 161,29	1 154 032,37	208 115,44	254 276,70	9,19
					2033	230 806,47	192 338,73	38 467,75	961 693,64	208 115,44	246 583,20	8,91
					2034	223 112,92	192 338,73	30 774,20	769 354,91	208 115,44	238 889,60	8,63
					2035	215 419,38	192 338,73	23 080,65	577 016,18	208 115,44	231 196,10	8,36
					2036	207 725,83	192 338,73	15 387,10	384 667,46	208 115,44	223 502,50	8,08
					2037	200 032,28	192 338,73	7 693,55	192 338,73	208 115,44	215 809,00	7,80
					2038					208 115,44	208 115,40	7,52
					2039					208 115,44	208 115,40	7,52
					2040					208 115,44	208 115,40	7,52
					2041					208 115,44	208 115,40	7,52
					2042					208 115,44	208 115,40	7,52
						<b>9 347 662,17</b>	<b>5 770 161,84</b>	<b>3 577 500,34</b>		<b>7 075 925,01</b>		

## Comparatif des tarifs 2006 des établissements sarthois

L'augmentation du prix de journée après travaux, évaluée à 16,09 €, situera l'EHPAD Delante dans les établissements les plus chers en 2010. Cette augmentation sera minorée par des reprises sur provisions effectuées à cet effet. En 2007, 19 000 € seront repris en atténuation du prix de journée, et 30 000 € en 2008.

Les autres établissements connaîtront aussi des augmentations de tarifs, en fonction des investissements qui y seront réalisés pour rénovation ou mise aux normes.

<b>Maisons de Retraite</b>	<b>Tarifs hébergem.</b>	<b>Tarif GIR 1-2</b>	<b>Tarif GIR 3-4</b>	<b>Tarif GIR 5-6</b>	<b>à charge du résident</b>
Champfleurl	32,52 €	16,83 €	10,68 €	4,53 €	37,05 €
Le Lude	35,74 €	12,06 €	7,65 €	3,25 €	38,99 €
Fresnay sur Sarthe	36,10 €	15,18 €	9,63 €	4,90 €	41,00 €
Ballon	36,81 €	18,60 €	11,07 €	4,70 €	41,51 €
Chartre sur le Loir	36,65 €	18,95 €	12,02 €	5,10 €	41,75 €
Bonnétable	37,11 €	18,64 €	11,83 €	5,02 €	42,13 €
Roeze sur Sarthe	39,27 €	14,41 €	9,15 €	3,88 €	43,15 €
Marolles les Braults	38,56 €	17,65 €	11,20 €	4,75 €	43,31 €
Beaumont-sur-Sarthe	38,95 €	18,61 €	11,82 €	5,01 €	43,96 €
Montmirail	41,44 €	10,10 €	6,41 €	2,72 €	44,16 €
Château du Loir	40,33 €	17,07 €	11,01 €	3,84 €	44,17 €
<b>Nogent le Bernard</b>	<b>39,41 €</b>	<b>17,77 €</b>	<b>11,28 €</b>	<b>4,78 €</b>	<b>44,19 €</b>
Vallon sur Gée	41,51 €	10,57 €	6,71 €	2,84 €	44,35 €
Chahaignes	40,55 €	16,71 €	10,60 €	4,50 €	45,05 €
Thorigné su Dué	41,32 €	14,86 €	9,37 €	3,94 €	45,26 €
Vibraye	41,15 €	15,59 €	9,89 €	4,20 €	45,35 €
Le Mans(les maillets )	42,20 €	13,12 €	8,33 €	3,53 €	45,73 €
Tuffé	41,35 €	16,35 €	10,37 €	4,40 €	45,75 €
Solesmes	43,10 €	10,18 €	6,46 €	2,74 €	45,84 €
Mayet	40,67 €	19,30 €	12,25 €	5,20 €	45,87 €
St Denis d'Orques	41,38 €	17,17 €	10,89 €	4,62 €	46,00 €
La Ferté Bernard	43,08 €	11,47 €	7,28 €	3,09 €	46,17 €
Sainte Jamme	41,26 €	19,71 €	11,68 €	4,91 €	46,17 €
Brulon	43,63 €	10,45 €	6,63 €	2,81 €	46,44 €

Montfort le Genois	41,46 €	19,18 €	12,17 €	5,16 €	46,62 €
Mamers	43,13 €	13,25 €	8,41 €	3,57 €	46,70 €
Tennie	42,33 €	18,33 €	11,63 €	4,93 €	47,26 €
Sillé le Guillaume	43,32 €	14,90 €	9,46 €	4,01 €	47,33 €
Pontvallain	42,16 €	19,28 €	12,24 €	5,19 €	47,35 €
Loué	42,60 €	17,84 €	11,32 €	4,80 €	47,40 €
Laigné en Belin	42,87 €	16,91 €	10,73 €	4,55 €	47,42 €
Saint Jean du Bois	42,80 €	18,01 €	11,43 €	4,85 €	47,65 €
La Flèche	43,06 €	17,97 €	11,45 €	4,67 €	47,73 €
Parcé-sur-Sarthe	43,06 €	17,82 €	11,31 €	4,80 €	47,86 €
Sablé sur Sarthe	43,06 €	17,97 €	11,45 €	4,88 €	47,94 €
Parigné l'Evêque	44,95 €	15,40 €	9,77 €	4,14 €	49,09 €
Mansigné	44,09 €	19,18 €	12,17 €	5,16 €	49,25 €
Auvers le Hamont	47,67 €	10,74 €	6,82 €	2,89 €	50,56 €
Le Grand Lucé	46,33 €	17,07 €	10,83 €	4,59 €	50,92 €
Saint Calais	47,35 €	16,07 €	10,20 €	4,33 €	51,68 €
Bessé-sur-Braye	46,92 €	18,53 €	11,76 €	4,99 €	51,91 €
Ruillé sur Loir	48,81 €	17,34 €	11,00 €	4,67 €	53,48 €
Coulaines	48,84 €	18,31 €	11,62 €	4,93 €	53,77 €
Le Mans (MAPAD Jaurès)	53,67 €	14,36 €	9,12 €	3,87 €	57,54 €

## SYNTHESE DU PROGRAMME TECHNIQUE DETAILLE

Les principaux objectifs d'humanisation de l'établissement sont :

- a) Améliorer les conditions d'accès et d'accueil des résidants et des familles par le traitement des espaces extérieurs.
- b) Garantir une meilleure organisation du personnel par une plus grande compacité de fonctionnement.
- c) Proposer aux résidants des espaces de vie conviviaux, favorisant les échanges et l'organisation d'activités et d'animations.
- d) Créer des unités de prise en charge adaptées à la forte dépendance regroupés en secteurs d'hébergement à taille humaine.
- e) Supprimer les chambres à deux lits au profit de chambres communicantes.
- f) Proposer une structure sécurisante et adaptée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

- Le programme capacitaire et les modes de prise en charge envisagés.

La répartition des 77 lits d'hébergement a été arrêtée comme suit :

- Unités de vie toutes dépendances = 3 unités de vie de 20, 21, et 22 lits
- UPAD pour personnes désorientées = 1 unité de 14 lits

- Gestion des surfaces et configuration des circulations.

La mise en œuvre complète du projet implique la construction et la restructuration de 2920 m<sup>2</sup> en surface utile, 4030 m<sup>2</sup> de surface dans œuvre<sup>1</sup> maximum.

3160 m<sup>2</sup> seront de la construction, et 870 m<sup>2</sup> de la restructuration.

La surface actuelle totale de l'établissement est de 1547 m<sup>2</sup> de surface utile pour 2105 m<sup>2</sup> de Surface Dans Œuvre.

La superficie des chambres du bâtiment B (voir plan de masse p.A16) est de 14,5 m<sup>2</sup>, et de 21 m<sup>2</sup> pour les chambres doubles. Celle des chambres du bâtiment A est de 16,5 m<sup>2</sup> pour la construction de 1987, et va de 16,5m<sup>2</sup> à 22,5m<sup>2</sup> dans l'ancien hospice. Les chambres neuves seront de 20 et 21 m<sup>2</sup>.

- Modification de l'existant qui permettra la reconstitution d'un chez soi dans le collectif.

Le plan cadastral et le plan de masse<sup>2</sup> illustrent la situation actuelle de la structure.

En raison de la déclivité du terrain (1,89 m), trois niveaux répartissent actuellement les lits d'hébergement de la manière suivante :

- Rez de jardin : 36 lits dont 16 lits en chambre double (Bâtiment B)
- Rez de chaussée : 11 lits en chambre individuelle (Bâtiment A)
- Etage : 17 lits dont 2 lits en chambre double (Bâtiment A étage)

---

<sup>1</sup> La SDO comprend l'ensemble des surfaces utiles ainsi que les circulations, cloisons et gaines techniques.

<sup>2</sup> Annexe 3 p.A15, A16.

- Les aménagements prévus par masses fonctionnelles sont les suivants :

❖ Les accès.

- L'accès principal se fera par la rue du Lavoir, deux accès différenciés seront aménagés, usagers « public » et logistique.
- Cet accès assure l'entrée dans l'établissement via une zone de stationnement de 30 véhicules pour les visiteurs et le personnel.
- Création d'une voie de logistique avec cour de service, en contre bas, différenciant obligatoirement les flux logistiques et visiteurs/familles/résidants.

❖ Les espaces communs de l'EHPAD.

- Accueil/Administration : en continuité de la zone de stationnement.
- Espaces de vie et d'animations et pôle soignant : Construction sur l'emprise foncière en limite Nord du site, sur le même niveau que le rez-de-chaussée du bâtiment A. En liaison avec les rue de l'Hospice et du Lavoir, ainsi qu'avec le jardin intérieur de promenade et d'activités.
- Locaux du personnel : La salle à manger sera à proximité des lieux de travail, les vestiaires à proximité des zones de stationnement.

❖ La logistique.

- La cuisine devra être déplacée géographiquement afin de permettre le maintien du fonctionnement de l'actuelle lors de la construction de la future. La cuisine sera ainsi construite et desservie par la cour de service.
- Les locaux de stockage sont construits en continuité de la cuisine et également accessibles aisément depuis la cour de service.

❖ Création des unités d'hébergement respectivement de 36 et 41 lits.

- Rez-de-chaussée – Implantation du secteur d'hébergement n°1.
  - Restructuration : Implantation d'une UPAD au rez-de-chaussée du bâtiment A, cabinet de toilette des chambres du bâtiment A avec intégration d'une douche, remise aux normes incendie par l'intégration d'un désenfumage mécanique.
  - Construction : Une unité de 22 lits en continuité du bâtiment ancien hospice pour créer l'unité de 36 lits suivant l'organisation souhaitée (unité de vie de part et d'autre d'une zone commune de vie, de soins et de logistique).
- Etage – Implantation de l'unité de 41 lits.
  - Restructuration : même opération qu'en rez-de-chaussée.
- Prévision d'une zone future pour la construction de 4 chambres.
  - Construction : Construction d'une unité de vie de 19 lits par extension du corps du bâtiment de 1987. Création d'une unité de vie de 21 lits en continuité du bâtiment ancien hospice.

## CALENDRIER DU PHASAGE DES TRAVAUX

Le planning des travaux a fait l'objet d'une étude spécifique en fonction de trois critères :

- Conserver à l'établissement au moins 64 lits pendant la totalité du chantier
- Différencier les entrées et les zones public/chantier
- Offrir le plus rapidement possible à l'institution les espaces de vie (salons, salles à manger, cuisine), qui lui sont nécessaires.

Les travaux sont projetés sur 36 mois, ils se décomposent comme suit :

- Phase 1 = 19 mois
- Phase 2 = 12 mois
- Phase 3 = 5 mois

Dès la phase 1, il est prévu la création de 8 chambres en extension du bâtiment A, 4 en rez-de-jardin et 4 à l'étage en tout début de chantier. Ces huit chambres ont été spécialement dessinées en longueur, afin de pouvoir être provisoirement aménagées en chambres doubles.

Cela génère une capacité de 16 personnes, et offre ainsi une « respiration » à l'opération, puisque nous préservons ainsi un potentiel de 66 lits utilisables en permanence durant les travaux.

Les deux lits supplémentaires par rapport à la situation actuelle pourront être utilisés selon les besoins de l'établissement pour y accueillir des résidents si leurs chambres sont trop proches des nuisances du chantier.

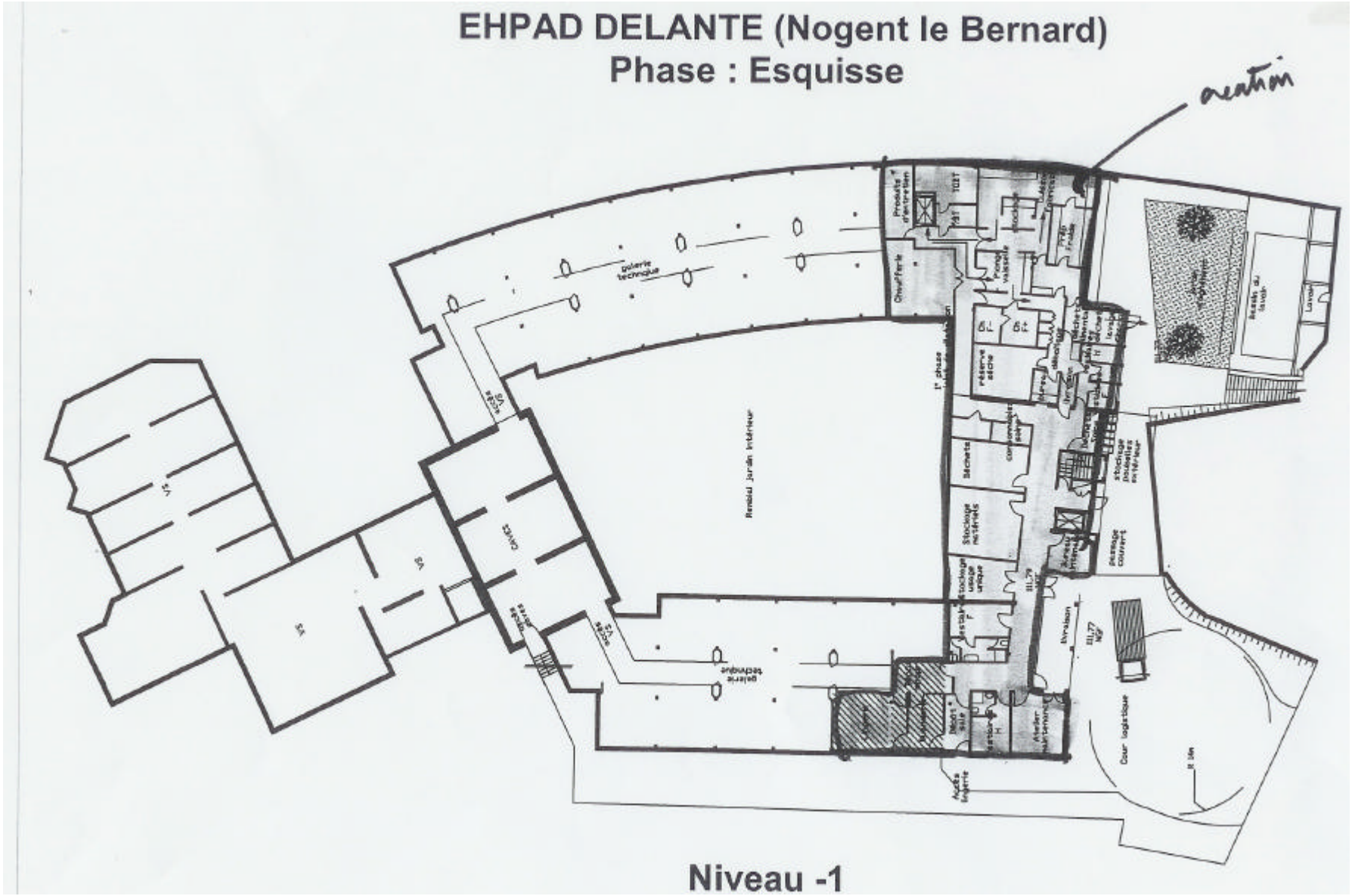
Ensuite, une deuxième partie de la phase 1 consistera en la construction de l'ensemble du bâtiment côté rue.

En phase 2, la démolition d'une partie du bâtiment B sera possible, en déménageant 12 résidents dans les nouveaux locaux construits, de manière à permettre la construction de la totalité du bâtiment sur rue, comprenant la chaufferie et la nouvelle cuisine.

La phase 3 consistera surtout en la restructuration des salles de bains existantes, et l'aménagement des l'espace de vie l'UPAD.

Calendrier des réunions (insérer en photocopie)

# EHPAD DELANTE (Nogent le Bernard) Phase : Esquisse

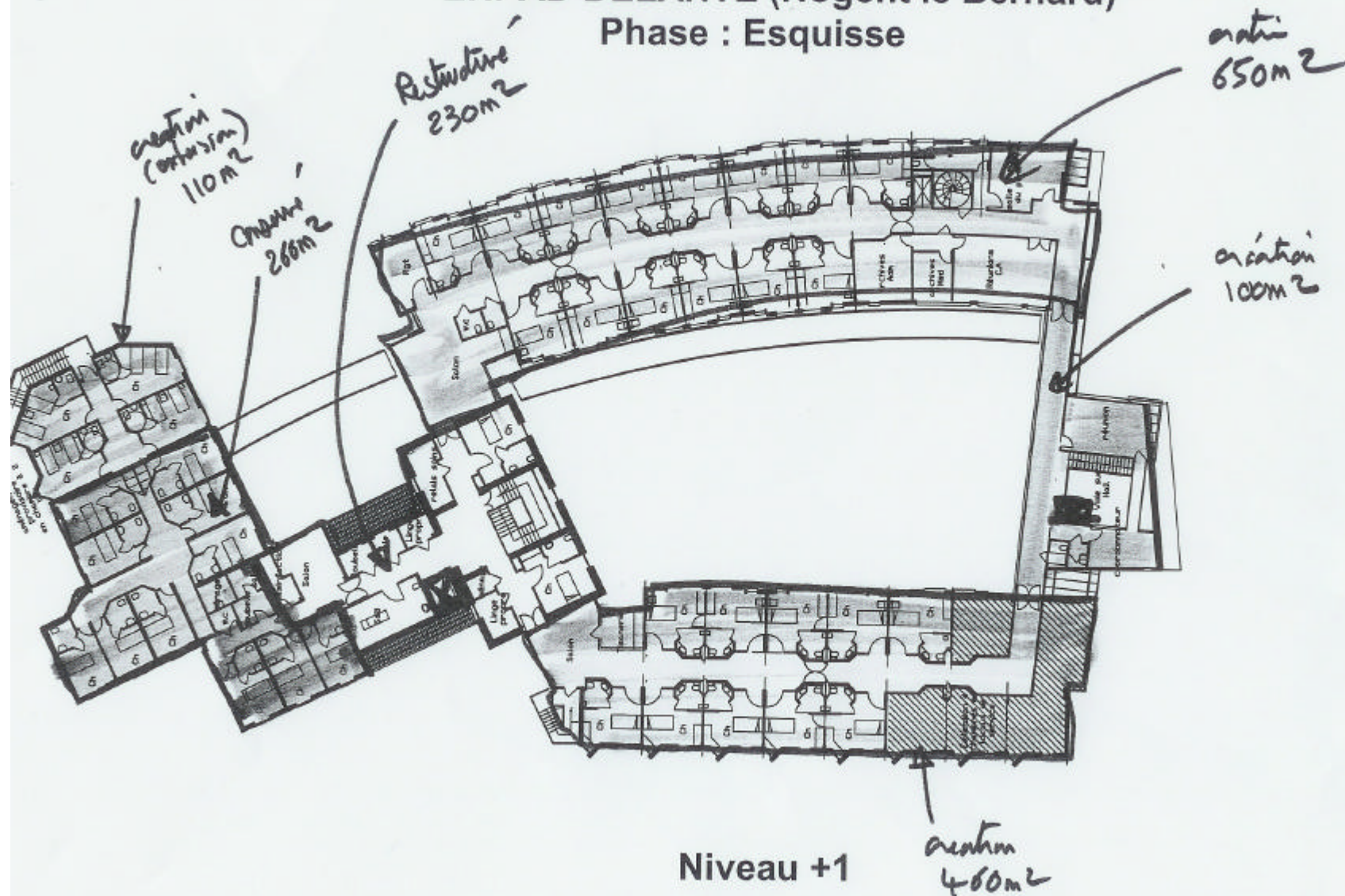


Niveau -1





# EHPAD DELANTE (Nogent le Bernard) Phase : Esquisse



## **ANNEXE 4 : REGLEMENTATION**

	P.A27
- Principaux textes réglementaires	P.A28
- Les groupes iso-ressources	P.A29
- Grille AGGIR type	P.A30

### **Principaux textes de référence législation personnes âgées en établissement**

- Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, identifie leurs équipements et définit leurs modalités de création et de fonctionnement.
- Loi de 78, définit les unités de long séjour, prend le relai de la loi hospitalière de 1970 qui exclut les hospices du domaine sanitaire hospitalier.
- Circulaire du 20 mars 1978 relative à la participation des personnes âgées résidentes en établissement.
- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (Fondation nationale de gérontologie- ministère des affaires sociales), mars 1988.
- Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements.
- Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue par la loi du 24 janvier 1997.
- Circulaire MARTHE/DGAS/DSS n°2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD.
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée autonomie (APA).
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Circulaire 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées.
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L.311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles.
- Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004, relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées.
- Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

## LES GROUPES ISO RESSOURCES

L'outil d'évaluation utilisé à la maison de retraite Delante est le modèle AGGIR :

### Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources.

Les six groupes iso-ressources rassemblent des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Ce classement est contrôlé et validé par un médecin du Conseil Général, et donne lieu à une cotation chiffrée moyenne par établissement (Gir Moyen Pondéré), qui sera déterminante dans le calcul des budgets, et dans l'octroi de l'APA.

Les six groupes Iso-Ressources :

**GIR 1 :** *comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.*

**GIR 2 :** *Deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible, mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits, ou partiellement.*

**GIR 3 :** *regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.*

**GIR 4 :** *comprend des personnes qui n'assument pas seules leur transfert mis qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.*

**GIR 5 :** *est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.*

**GIR 6 :** *regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.*

- Les GIR sont regroupés par deux, et donnent lieu à cotation de la prestation APA.

L'évaluation des GIR en 2006 à l'EHPAD Delante a donné lieu aux coûts suivants :

- GIR 1 et 2 = 17,77€
- GIR 3 et 4 = 11,28€
- GIR 5 et 6 = 4,78€

Le GIR 5/6 reste à la charge des résidants, et s'ajoute au prix de journée hébergement.  
Les GIR 1 à 4 sont pris en charge par le département, et versés en dotation globale à l'établissement.

Photocopie grille aggir

**ANNEXE 5 : DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE** **P.A31**

- Les différents dispositifs de prise en charge des personnes âgées dépendantes **P.A32**

## **LES DIFFERENTS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

### **LES ETABLISSEMENTS**

#### Les USLD : (1500 en France)

Unités de soins de longue durée sont des centres de long séjour hospitaliers.

Le fonctionnement est de type hospitalier, les résidents sont des personnes dont l'état nécessite, en principe, une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. La plupart des personnes y sont alitées en permanence et en grand état de dépendance.

#### Les maisons de retraite ou EHPAD : (6000 environ)

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, s'adressent en priorité aux personnes qui ont besoin de l'assistance permanente d'un personnel spécialisé pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elles comportent en moyenne 80 places, et doivent se médicaliser dès lors que le GMP atteint 300, et qu'elles comptent plus de 25 lits.

Le mode de vie est collectif, les chambres sont à un ou deux lits.

Les petites unités de vie : Moins de 25 lits, budget unique et soins de ville, APA domicile.

Les UPAD : unités pour personnes âgées désorientées. Souvent rattachées à un EHPAD, offrant une prise en charge spécifique à des personnes ayant perdu leurs capacités d'orientation et nécessitant un environnement particulier, permettant une déambulation sécurisée.

#### Les logements-foyers : (3000 environ)

Destinés à une clientèle plus valide qui loue un logement avec des services à la carte. Les résidences-service sont des appartements de standing fonctionnant sur le même principe.

### **LES ALTERNATIVES**

L'hébergement temporaire : Permet au résident d'effectuer une période de convalescence, un séjour d'essai. Cette forme d'accueil est pratiquée dans les EHPAD, la difficulté est pour l'établissement de ne pas avoir un taux d'occupation de 100%.

L'accueil de jour, de nuit, en week-end, est possible en EHPAD et soulage les aidants.

Les tables d'hôtes pour accueillir d'autres résidents, le portage de repas chez les personnes âgées à domicile sont des services que l'EHPAD peut rendre, qui permettent de faire du lien entre la maison de retraite et les personnes âgées à domicile, susceptibles d'entrer un jour.

Les maisons de village, et autres expérimentaux originaux : système innovant de créations de maisons rassemblant en petits groupes des personnes utilisant des services de maintien à domicile, rompant leur solitude, solution intermédiaire entre le domicile et l'établissement.

La cohabitation intergénérationnelle, innove également en collocation d'étudiants et de personnes âgées maintenant un lien social et partageant les frais de logement.

Les familles d'accueil : le résident est « nourri, logé, blanchi » et accompagné quotidiennement au domicile d'un accueillant familial agréé, en contrepartie d'un salaire, d'un loyer et de remboursements de frais.

### **LES SERVICES**

Les associations de maintien à domicile. Nombreuses et organisées (Familles rurales, ASSAD, etc...) Proposent des services dans de nombreux domaines pour maintenir une autonomie au domicile des personnes âgées, en assurant le ménage, l'aide à la personne (habillage, toilette...), le repas, l'accompagnement, les courses, les démarches administratives...

La télé-alarme : Système relié à un centre d'assistance, rassure les personnes isolées.

Les SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile.

L'HAD : hospitalisation à domicile. S'adresse à des personnes nécessitant des soins intensifs possibles à domicile, envisageable seulement en agglomération.



## **ANNEXE 6 : PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE**

- |  |                 |
|--|-----------------|
|  | P.A33           |
| - Programme de mise en œuvre du projet | P.A34, A35, A36 |
| - Fiche de poste type proposée         | P.A37           |

## **PROGRAMME DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

### **Le travail avec les professionnels de l'EHPAD**

- Je veillerai à maintenir les réunions du calendrier mensuel avec les équipes (voir annexe 2, p.A13), pour une communication toujours plus fluide.

Afin de formaliser et structurer l'accompagnement, je prévois d'élaborer en groupes, les documents suivants :

- Les fiches de poste des aides-soignants
- Les fiches de poste des aides médico-psychologiques
- Les fiches de postes IDE
- Les fiches de postes des ASH

- Pour cela, je demanderai à chaque équipe concernée de se concerter, à partir du référentiel métier de chacun, et de commencer à rédiger ensemble une fiche concernant les postes.

- Ces concertations auront lieu au cours des réunions soignants du jeudi, dont l'ordre du jour aura été transmis avec le calendrier mensuel.

- Je transmettrai une trame de travail en donnant comme objectifs de réfléchir :

- aux missions
- aux attributions principales
- à la hiérarchie dans laquelle ils s'inscrivent
- à l'articulation avec les autres métiers représentés
- aux compétences à développer dans chaque métier
- aux références sur lesquelles s'appuyer
- aux documents à utiliser comme outils de travail.
- aux diplômes afférents à la fonction

- Je mettrai à disposition les textes règlementaires nécessaires, situant l'établissement dans les politiques vieillesse (loi 2002-2, référentiels métiers), et les commenterai lors d'une réunion de préparation.

- Lors de cette première réunion, je revisiterai les outils déjà en place, afin d'optimiser leur utilisation : contrat de séjour, règlement de fonctionnement, charte des droits et liberté de la personne accueillie, dossier du résidant, livret d'accueil.

- Je rencontrerai chaque équipe spécifique pour des regroupements destinés à la réaction et la finalisation des fiches, et à leur diffusion. (Voir fiche type p.A37).

- Les fiches de poste des autres services seront réalisées de la même façon, concernant l'agent d'entretien, les cuisines et l'administration.

### **Les documents de référence de l'EHPAD à finaliser**

L'ensemble des documents n'ayant pas été réalisés, il conviendra de doter l'établissement de ces références indispensables dans un délai le plus court possible. Tenant compte des projets, de la diversification des modes d'accueil, c'est en partant de l'existant et de son évolution actuelle que seront réalisés :

#### **Le projet institutionnel**

Document de base, sur lequel auraient du pouvoir s'appuyer la restructuration et la vie de l'établissement, il sera réalisé à posteriori, mais aussi en même temps que les transformations. Liant le passé, le présent et l'avenir, il resituera l'établissement dans son histoire, et précisera les missions et valeurs de référence auxquelles tous les acteurs devront se référer.

#### **Le projet de soin et les projets de vie individualisés.**

Commencés en 2006 avec l'aide d'un intervenant extérieur pour la méthodologie et la démarche de réflexion, ils s'appuient sur les valeurs, les références et les objectifs. Sont définis ensuite, par objectif, les actions à mener et déterminé qui les réalise.

#### **Les protocoles**

Plusieurs protocoles ont déjà été réalisés par les professionnels, à l'issue de formations, et faisant suite à l'incitation de la direction à mener des projets personnels ou en groupes sur l'ensemble de la structure.

Déjà en place :

- Admissions
- Conduite à tenir en cas de décès
- Ménage
- l'hygiène et le lavage des mains

Les protocoles n'étant que des outils, à moduler avec discernement, seront élaborés seulement lorsque le besoin se fait sentir d'avoir un guide d'action dans une situation particulière.

### **Le travail partenarial avec les professionnels extérieurs**

- Je rencontrerai les professionnels du maintien à domicile et ferai des propositions de partenariat, par rendez-vous selon les disponibilités.
- Poursuite des mutualisations avec les établissements par conventions, rencontres dans les réunions de directeurs.
- Rencontres avec les architectes, poursuite de l'opération travaux selon le calendrier (annexe 3 p. A23)

### **Les rencontres avec les familles et les résidants**

- Poursuite des rencontres avec le Conseil de la Vie Sociale tous les trois mois, et diffusion à l'ensemble des familles des comptes rendus. Lors des convocations au CVS, je demanderai aux membres de me faire parvenir les questions au préalable afin d'y répondre plus précisément le jour de la réunion.
- Je prévois une présentation détaillée et chiffrée de la restructuration avec les architectes, l'assistant à maîtrise d'ouvrage, les élus locaux et la direction, en octobre 2006.
- Des réunions semestrielles seront mises en place pour les familles, pour faire le point sur l'avancée des travaux et les changements de fonctionnement dans l'accompagnement, liés au phasage des travaux, et occasionnant des changements provisoires de chambres.
- Une préparation aux modifications sera faite avec les résidants très régulièrement et de manière rapprochée, avec explications détaillées au fur et à mesure. L'animation jouera un rôle dans la visite du chantier, les informations valorisant le projet et rassurant les résidants
- Je recevrai individuellement les familles qui le souhaitent, pour les problèmes particuliers.

### **L'information et la participation du Conseil d'Administration, du Conseil Général et de la DDASS**

- Le Conseil d'Administration sera informé règlementairement, lors de la présentation pour validation du budget prévisionnel au mois d'octobre, du compte administratif en avril 2007, et ainsi chaque année. Il est convié aux réunions de validation des étapes de l'opération travaux, et de manière informelle, je le rencontre pour échanger des informations techniques, comme ce fut le cas pour l'étude d'une chaufferie bois.
- Les informations au Conseil général et à la DDASS seront poursuivies par l'envoi de courriers, pour les demandes de subvention notamment. Les plans et documents descriptifs des phases du projet continueront d'être transmis régulièrement à la suite de la validation des phases intermédiaires.

### **Les échéances calendaires**

- L'élaboration des fiches de poste, au premier trimestre 2007.
- Rencontres avec les familles, octobre 2006, janvier 2007, et tous les trimestres.
- Projets de soins et projets de vie, deuxième trimestre 2007.
- Projet institutionnel, fin 2007.
- Calendrier des rencontres de l'opération travaux (voir annexe 3 p.A23).

## TRAME DE FICHE DE POSTE TYPE PROPOSEE

**La trame de fiche de poste type que je proposerai comme support de rédaction finale sera adaptée selon les différents métiers Elle comprend les axes suivants :**

- 1) DEFINITION DU POSTE
  - Dénomination du poste
  - Définition du poste selon le fichier de la fonction publique hospitalière
  - Conditions d'accès au métier
  - Position du poste dans l'organigramme
- 2) MISSION DU POSTE
  - Situer dans le cadre du projet d'établissement
  - Description de l'objectif visé
- 3) ORGANISATION DES TACHES DU POSTE
  - Description des différentes tâches et de la manière de procéder
- 4) COMPETENCES ET APTITUDES REQUISES
  - Compétences techniques de base
  - Connaissances particulières requises
  - Capacités d'adaptation spécifiques au poste
- 5) SPECIFICITES
  - Activités spécifiques
  - Lieu d'exercice de l'activité
- 6) CONDITIONS DE TRAVAIL
  - Planning
  - horaires

Signatures