



RESTRUCTURER UN EHPAD POUR ACCUEILLIR UN PUBLIC ÉMERGEANT

*Vers la diversification des modes d'accueil pour les personnes âgées atteintes
de la maladie d'Alzheimer et/ ou en situation de handicap mental*

Jean-Luc HARTMANN

CAFDES

2007

Remerciements

Au terme de la réalisation de ce mémoire, je souhaite remercier les personnes qui m'ont accompagné tout au long de ma formation.

La Fondation pour m'avoir permis de suivre la formation CAFDES dans le cadre de mon activité professionnelle.

Le directeur du pôle d'établissements, qui comme moi, est dans une phase de réalisation d'un mémoire professionnel, avec lequel j'ai partagé, à la fois, la complexité de sa réalisation et les orientations de mon projet.

Le centre de formation IRTS de LOOS avec les multiples intervenants qui ont contribué à l'acquisition et à la mise à jour des connaissances nécessaires à l'exercice du métier de directeur et, en particulier, ceux qui m'ont aidé dans le cadrage méthodologique de ce mémoire.

Les responsables des établissements qui m'ont accueilli lors de mes différents stages et lors des entretiens que j'ai menés avec eux pour les précieux renseignements et surtout leur positionnement au regard des propos que nous avons échangés.

Les multiples professionnels qui interviennent auprès des publics qui font l'objet de ma réflexion dans ce mémoire et qui se sont ouverts à mon questionnement.

Les collègues de ma promotion dont les échanges relatifs à nos pratiques respectives m'ont permis une approche plus experte.

Les personnes qui ont pris le temps de lire ce mémoire pour me faire part de leurs commentaires, tant sur la forme que sur le fond.

Mon épouse et ma famille pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements.

L'équipe de la résidence que je dirige, pour avoir su composer avec une disponibilité plus limitée.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 UN CONTEXTE QUI PREFIGURE LE CHANGEMENT :.....	5
1.1 La résidence Pierre WAUTRICHE :.....	5
1.1.1 Historique de la résidence Pierre WAUTRICHE :.....	5
1.1.2 Les fondements de l'association COLE :.....	5
1.1.3 Les nouvelles orientations de l'association :.....	5
1.1.4 Les raisons d'un repositionnement stratégique de l'association :.....	6
1.1.5 La fusion avec la FCEs :.....	6
1.2 Présentation personnelle :.....	7
1.3 La population accueillie :.....	8
1.3.1 L'âge et le sexe :.....	9
1.3.2 L'évaluation de l'autonomie :.....	9
1.3.3 L'évaluation cognitive :.....	12
1.3.4 La liste d'attente :.....	13
1.3.5 Un public hétérogène :.....	14
1.4 Le personnel :	15
1.4.1 L'organigramme :.....	15
1.4.2 Les qualifications :	15
1.4.3 Le climat social :	16
1.5 Les prestations servies :.....	17
1.5.1 Les prestations de l'hébergement :.....	17
1.5.2 L'accompagnement des personnes accueillies :	18
1.6 L'environnement :.....	19
1.6.1 Un cadre juridique en pleine mouvance :.....	19
A) Une voie de désengagement technique de l'Etat ;.....	19
B) Une voie d'engagement des politiques sociales et médico-sociales ;	19
C) Une voie de solvabilisation des usagers ;.....	20
D) Une voie de convergence ;	20
1.6.2 Etat des lieux environnementaux :.....	21
A) Sur le plan démographique :.....	21
B) sur le plan des établissements :.....	23
C) L'établissement s'inscrit dans un réseau :	23
1.7 La tarification EHPAD :.....	24

1.7.1	Le tarif hébergement :	24
1.7.2	Le tarif dépendance :	24
1.7.3	Le tarif soins :	25
1.8	Conclusion de la première partie :	26
2	VERS UNE APPROCHE DIVERSIFIEE DE LA REPONSE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.....	27
2.1	Pourquoi y a t-il une carence en terme de qualité dans la prise en charge d'un public particulier dans l'établissement ?	27
2.1.1	Une problématique propre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?	27
A)	Des enjeux démographiques ;	27
B)	Une mobilisation de tous les acteurs ;	28
C)	Des conditions locales qui justifient les orientations et le positionnement de l'établissement ;	29
2.1.2	Une problématique propre aux personnes âgées en situation de handicap mental?	30
A)	Reconnaître le handicap, une étape vers une convergence ;	31
B)	Un vieillissement qui s'ajoute à un handicap existant:	32
C)	Les limites d'un dispositif spécifique :	33
2.1.3	Une émergence de populations nouvelles caractérisée par l'insatisfaction des réponses apportées :	34
2.2	La réponse pour l'accueil de nouveaux publics :	36
2.2.1	Intégrer et développer la prise en compte de nouveaux publics dont l'accueil actuel n'est pas satisfaisant au sein d'une organisation existante dans un contexte de carence institutionnelle :	36
A)	Une dimension centrée sur l'accompagnement :	37
B)	Une dimension spécifique de l'accompagnement :	38
a)	Concernant le public handicapé mental âgé ;	38
b)	Concernant le public âgé atteint de DTA ;	39
c)	Une cohabitation difficile mais possible :	39
C)	Une dimension qui prend en compte les aidants ;	40
2.3	Revisiter le projet d'établissement pour se repositionner :	41
2.3.1	Sur le plan des publics nouveaux à accueillir :	41
2.3.2	Vers une diversification de l'offre d'accueil :	42
2.3.3	Un projet qui induit des aspects techniques importants :	42
2.3.4	Impliquer le personnel dans la démarche d'ouverture à la mixité de l'accueil des populations âgées :	43

2.3.5	Favoriser le partenariat pour une synergie des acteurs :.....	45
2.4	La nécessité d'un choix stratégique :.....	46
2.4.1	Le questionnement, prémisses d'une orientation stratégique :	46
2.4.2	Plus d'opportunités que de menaces :.....	46
2.4.3	Des points forts et des points faibles :	48
2.4.4	Un choix stratégique :	48
2.5	Conclusion de la deuxième partie :.....	49
3	LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET D'ACCUEIL MULTI-MODAL :	50
3.1	L'adoption d'un concept nouveau à l'EHPAD Pierre Wautriche:	50
3.2	La restructuration de l'EHPAD en un complexe d'accueil multi-population âgée :.....	50
3.2.1	La constitution d'un dossier de demande d'autorisation d'extension d'activité :..	50
3.2.2	La création d'un lieu de vie pour personnes atteintes de DTA :	51
3.2.3	La création d'un lieu de vie pour personnes handicapées vieillissantes :.....	52
3.2.4	L'adossement à l'EHPAD existant :	53
3.2.5	La diversification des modes d'accueil :.....	55
3.3	La gestion des ressources humaines dans le cadre de la restructuration : 57	
3.3.1	Un redéploiement de la ligne hiérarchique :	57
3.3.2	Favoriser la mobilité du personnel :	59
3.3.3	La pluridisciplinarité au service de la spécificité :	60
A)	Des nouveaux métiers pour des nouveaux postes:	60
B)	Les modalités d'organisation :.....	61
3.3.4	Les nouvelles prestations :	63
A)	Quelques remises en question préalables :	63
B)	Des activités spécifiques :	63
a)	Des activités à vocations multiples :	64
b)	La mise en place d'un espace Snoezelen.....	64
c)	La création d'un jardin thérapeutique :	65
d)	La création d'une cellule d'aide à la protection juridique :	65
e)	La mise en place de groupes de parole :	65
f)	L'organisation de sorties à l'extérieur :	65
3.3.5	La formation pour interpellier les pratiques professionnelles :.....	66
A)	Faciliter l'accès à la formation :	66
B)	Cibler les formations propres à la restructuration :	67
3.3.6	La démarche qualité :	67
3.3.7	La communication :	68
A)	Avec les professionnels :	69

B)	Avec les usagers :	69
C)	Au sein du réseau :	70
3.4	Les incidences financières de la restructuration :	70
3.4.1	Les surcoûts de la restructuration:	70
3.4.2	Les ressources de la restructuration :	71
3.4.3	La recherche de financements :	72
3.5	La planification du projet :	73
3.6	La création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale : ...	73
3.7	La mise en œuvre des dispositions de l'article 13 de la loi du 11 février 2005 :	75
3.7.1	L'article 13 de la loi du 11/2/2005 :	75
3.7.2	Quel positionnement adopter au regard d'une telle mutation ?	76
3.8	L'évaluation du projet :	76
3.8.1	L'évaluation de la démarche de projet :	76
3.8.2	L'évaluation des résultats du projet :	76
3.8.3	La mesure des objectifs attendus :	77
3.8.4	Les rapports d'évaluation :	77
3.9	Conclusion de la troisième partie :	78
CONCLUSION GENERALE :		79
BIBLIOGRAPHIE		81
LISTE DES ANNEXES.....		I

Liste des sigles utilisés

ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADEME	Agence pour le DEveloppement et la Maîtrise de l'Energie
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
AMP	Aide Médico Psychologique
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
BEP	Brevet d'Études Professionnelles
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'intervention sociale
CAFERUIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CIF	Congé Individuel de Formation
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNSA	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
CODIR	Comité de DIRection
COLE	Comité Oeuvres de Logement et d'Entraide pour les anciens
COFIL	Comité de PILotage
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Commission régionale d'Organisation Sociale et Médico Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIF	Droit Individuel à la Formation
DOMINIC	Dotation MINImale de Convergence
DTA	Démence Type Alzheimer
EHPA	Etablissement Hébergeant des personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FCEs	Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité
GCSMS	Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	Gir Pondéré Moyen

GMPS	GIR Moyen Pondéré Soins
HACCP	Hazard Analysis Control Critical Points
HID	Handicap Incapacités Dépendance
IME	Institut Médico Éducatif
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MMS	Mini Mental State
PAQUID	Personnes Âgées QUID
PAUF	Planification Annuelle d'Utilisation des Fonds
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRIAC	PROgramme Interrégional d'Accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAPAD	Service d'Aides ménagères pour les Personnes Âgées à Domicile
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SMTI	Soins Médicaux Techniques Infirmiers
URIOPS	Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

L'espérance de vie de la population augmente avec les progrès de la médecine et des conditions de vie. Le vieillissement est inégal d'une personne à l'autre, il s'accompagne parfois d'une perte d'autonomie révélant un état de dépendance compensé par des aides techniques et/ou humaines. Le nombre de plus en plus important de personnes devenues âgées et dépendantes a conduit les autorités politiques à prendre des mesures pour faire face à ce nouveau risque social que représente la dépendance. Il serait question même du 5^{ème} risque de la branche de la sécurité sociale. Longtemps les deux secteurs, celui de la gérontologie et celui du handicap, ont évolué indépendamment l'un à côté de l'autre. La canicule de 2003 avec ses 15 000 décès a réveillé les consciences et conduit à la mise en place d'un système de veille sanitaire à l'intention des personnes les plus vulnérables et les plus isolées. Désormais les personnes âgées et les personnes handicapées bénéficient de la même attention des pouvoirs publics et de mesures similaires.

Les personnes âgées bénéficient aujourd'hui de moyens qui leur permettent d'accompagner les conséquences du vieillissement. De l'information à l'élaboration d'un plan d'action, du domicile à l'établissement, d'une aide technique à l'aide financière, la dimension de la dépendance se révèle à tous les niveaux de la vie du citoyen âgé. Toutefois, dirigeant un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), j'ai constaté à la fois, l'évolution du profil des personnes à accueillir autant que l'amélioration des moyens mis en œuvre pour répondre à leurs demandes.

Pour autant, ces moyens aussi pertinents soient-ils, ne couvrent pas toutes les sollicitations relatives à la prise en charge des personnes âgées. L'évolution des réponses à la problématique du vieillissement et de la dépendance a orienté les choix politiques vers le développement de ressources favorisant le maintien à domicile. De fait, les limites du maintien au domicile ont été repoussées et les motifs qui conditionnent à une demande d'accueil en établissement en sont modifiés.

Si la dépendance des personnes âgées se décline sur des modes physiques, psychiques, financiers, relationnels, il arrive parfois que l'un de ces modes présente une dimension plus importante que les autres, impactant sur les conditions de vie, donc sur les besoins, de façon majorée. Il en est ainsi pour les personnes présentant des troubles liés à l'émergence de la maladie d'Alzheimer et aux autres maladies apparentées communément appelées démences.

Mon positionnement délibéré favorise aujourd'hui la mixité du public accueilli. Toutefois, l'évolution du nombre de personnes présentant des troubles démentiels tant au sein de l'institution qu'au niveau des demandes d'accueil, me conduit à réfléchir sur les conditions d'accueil de ce public émergent. L'émergence tient davantage du fait que ce public prend une dimension nouvelle dans l'établissement que dans la découverte d'un profil nouveau. L'établissement n'étant pas, aujourd'hui, pourvu d'un secteur spécifique dédié à l'accueil des personnes atteintes de troubles démentiels type Alzheimer ou apparentés, l'adaptation des réponses s'impose.

Dans la même dynamique, les personnes handicapées profitent également de l'accroissement de l'espérance de vie. Or cette population bénéficiant d'une prise en charge spécifique selon le type de handicap et l'âge auquel il apparaît, vieillit également au point que les structures prévues pour les accueillir jusqu'à l'âge de la retraite ne suffisent plus à les accompagner au delà de 60 ans et même avant.

La barrière symbolique de 60 ans, jusqu'alors adoptée, fait passer les personnes en situation de handicap d'un statut de handicapé à celui de personne âgée. Cette barrière va tomber d'ici les trois prochaines années, il convient dès à présent d'en évaluer les incidences, compte tenu de l'augmentation actuelle des demandes d'accueil pour les personnes handicapées.

L'orientation des personnes handicapées vieillissantes se révèle aujourd'hui être un véritable « parcours du combattant » dans la mesure où les structures spécialisées n'existent qu'au titre de l'expérimentation. Voilà donc encore une étape de la vie de cette population déjà bien jalonnée d'écueils qui pose la problématique de l'orientation et du devenir des personnes handicapées vieillissantes. Les familles en charge d'une personne handicapée, appelées les aidants familiaux, souvent plus âgées sont aussi très inquiètes pour l'avenir, après eux.

Nous accueillons déjà des personnes handicapées déficientes mentales et des personnes handicapées physiques au sein de l'EHPAD que je dirige. Le contexte réglementaire place aujourd'hui l'usager au centre des préoccupations des multiples acteurs auxquels ils se confient. L'expérience, certes limitée, sur le mode de prise en charge spécifique de cette population s'est traduite autant par des succès que par des échecs. L'analyse de ces résultats et la progression du nombre de demandes d'accueil pour des personnes en situation de handicap, fait valoir également l'émergence d'un public nouveau.

Ainsi apparaissent, pour notre établissement, des publics émergents et je m'interroge dès lors sur les points communs et les différences de ces deux publics pour en évaluer les besoins, les ressources et les moyens à mettre en œuvre dans la perspective d'un accompagnement adapté, limitant la rupture et le cloisonnement à un statut

« d'handicapé », « de vieux », de « déments » ou de « malade » au sein de l'institution que je dirige.

De prise en charge, à prise en compte, la notion d'accompagnement des individus devient une formule dont doivent bénéficier tous les acteurs. Il s'agit moins d'accompagner des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, mais davantage d'accompagner des personnes en situation de dépendance. Le décroisement progressif des deux secteurs, initié par le vieillissement de la population, conduit les pouvoirs publics vers des stratégies de convergence dans la mise en œuvre des actions répondant à cette nouvelle problématique. L'individualisation de l'accompagnement multiplie les possibilités de réponses. La diversification des modes d'accueil répond aussi à cette individualisation.

J'envisage de restructurer l'EHPAD , Pierre WAUTRICHE pour répondre aux besoins de ce public que j'ai qualifié d'émergeant pour notre établissement. Je rédigerai mon mémoire en trois parties en développant ;

- dans une première partie, l'exposé de la situation actuelle, au regard de la structure, du public accueilli, des prestations, de l'environnement et du cadre juridique.
- dans une deuxième partie, l'expression de la problématique de l'émergence d'un public nouveau en différenciant dans un premier temps la problématique posée par les personnes atteintes de démence type Alzheimer et dans un second celle des personnes en situation de handicap mental. Je réaliserai ensuite une analyse des besoins nouveaux au regard des réponses apportées aujourd'hui pour orienter un positionnement stratégique adapté.
- puis dans une troisième partie, la mise en œuvre des actions de restructuration de l'EHPAD actuel, compte tenu des incidences relatives au projet d'établissement, aux ressources humaines, au projet immobilier, en un complexe multi-population âgée. J'envisage ensuite de confronter ce positionnement à l'évaluation du projet par l'élaboration d'indicateurs à définir.

1 Un contexte qui préfigure le changement :

1.1 La résidence Pierre WAUTRICHE :

Bien que récente (16 ans), la résidence Pierre WAUTRICHE possède une mémoire empreinte à la fois d'humilité, de ténacité et de dynamisme. Cette mémoire lui confère une âme à la fois austère et rassurante.

1.1.1 Historique de la résidence Pierre WAUTRICHE :

La résidence Pierre WAUTRICHE est située en milieu urbain au sein de la ville de SIN le NOBLE, commune de 17 000 habitants du département du Nord dans l'arrondissement de DOUAI (sous- préfecture de 43 000 habitants).

Elle s'inscrit dans un domaine baptisé « la renaissance » de 5600 m² composé de plusieurs bâtiments issus de l'hospice d'une congrégation religieuse « les petites sœurs des pauvres ». Le bâtiment principal qui constitue la résidence date de 1885 et présente trois étages disposés en H. Il totalise 4000 m² répartis sur 5 niveaux dont 3 réservés à l'hébergement.

Pour rendre pérenne l'activité qu'elle n'était plus en mesure de continuer, cette communauté a cédé la propriété à une association, le COLE¹, dont le conseil d'administration a pris l'engagement de poursuivre l'activité dans le respect des nouvelles mesures réglementaires.

1.1.2 Les fondements de l'association COLE :

La résidence Pierre WAUTRICHE tient son nom du Président fondateur de l'association COLE qui était, à l'époque, Secrétaire Général de la Sous-Préfecture de Douai.

L'association COLE est née en 1970 de l'initiative de quelques hommes soucieux d'améliorer le cadre de vie douaisien en favorisant l'accueil des personnes âgées dans des structures adaptées.

1.1.3 Les nouvelles orientations de l'association :

Compte tenu de sa vision prospective à l'époque, l'association a rapidement abandonné l'amélioration du cadre de vie douaisien pour se consacrer exclusivement à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées. Son activité s'est développée depuis, passant de 2 établissements, à la gestion en 2005 de 13 établissements et services (2 EHPAD, 11 foyers logements et 1 service d'aide à domicile) pour 800 personnes âgées avec 300

¹ COLE Comité d'Organisation des Loisirs et de l'Environnement (association loi 1901)

salariés. Elle modifia alors ses statuts en ce sens tout en conservant son logo COLE qui devint Comité d'Oeuvres et de gestion de Logements et d'Entraide des anciens.

L'acquisition par le COLE² de la résidence Pierre WAUTRICHE s'est réalisée le 27 juillet 1987. La réouverture de l'établissement a été autorisée par le Conseil Général du Nord par un arrêté du 20 octobre 1988. Cependant, des travaux de mises aux normes de sécurité et de réhabilitation ayant été nécessaires, les premiers résidents ne furent accueillis que 3 ans plus tard, le 2 janvier 1991.

J'ai pris mes fonctions de directeur de la résidence Pierre WAUTRICHE, le 1^{er} juin 1991. L'objectif qui m'avait été fixé alors par le Président de l'association était de mettre en œuvre une organisation capable de répondre à la fois

- à l'augmentation à venir de la capacité d'accueil de 30 lits, puis 60 et enfin 74.
- à la modification annoncée du profil des personnes âgées à accueillir, autonomes au début puis dépendantes ensuite.

Pour cela j'ai obtenu, pour le compte de l'association, le 1^{er} avril 1999, l'autorisation par la DDASS³ de créer une section de cure médicale de 30 lits. La Résidence s'est transformée en EHPAD et j'ai négocié une convention tripartite⁴ du 1^{er} septembre 2002 au 30 août 2007. L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale depuis le 1^{er} avril 2001.

1.1.4 Les raisons d'un repositionnement stratégique de l'association :

L'association a connu un fort développement et parallèlement son conseil d'administration rencontrait des difficultés à se renouveler eu égard à l'âge et la santé de ses membres. La réglementation devenant plus pointue, les textes se succédant à un rythme soutenu et les multiples normes révélant de nouvelles exigences, les administrateurs ont été petit à petit confrontés à des difficultés d'adaptation et de compréhension des nouvelles orientations des politiques publiques. Le Président soucieux de pérenniser l'œuvre de ses pairs, tout en conservant les mêmes valeurs, a recherché l'appui de partenaires capables de dépasser ces obstacles.

Ses multiples contacts l'ont conduit à rencontrer les responsables de la FCEs (Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité).

1.1.5 La fusion avec la FCEs :

Le 1^{er} janvier 2005, la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité a fusionné avec le COLE et le SAPAD (Service d'Aides ménagères pour les Personnes Âgées à Domicile). L'objectif de la Fondation est de proposer un accompagnement de qualité aux personnes

² COLE devenu, Comité d'Oeuvre et de gestion de Logements et d'Entraide des anciens

³ DDASS Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

⁴ arrêté du 27 avril 1999

en perte d'autonomie, à domicile comme en établissement, et de répondre, en collaboration avec l'ensemble des acteurs de l'action sociale et médico-sociale, aux besoins tant quantitatifs que qualitatifs des personnes âgées de l'arrondissement de Douai conformément à l'article 2-1 fixant l'objet des statuts de la Fondation.

« l'objet de la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité est la lutte contre toutes les formes de dépendance par le soutien aux personnes menacées ou déjà frappées par cette situation et cela, par une action se déployant de l'étude jusqu'à la mise en œuvre de moyens d'intervention et conciliant la meilleure qualité de service avec le moindre coût pour les bénéficiaires et pour l'économie nationale.

Le domaine principal d'intervention est celui des personnes dont la perte d'autonomie est la conséquence de l'âge, de la maladie ou d'un handicap physique, sensoriel ou mental.

Toutefois, l'action de la Fondation peut être étendue à la lutte contre d'autres formes de dépendance ou d'exclusion sociale »

La FCEs reconnue d'utilité publique⁵, nourrie d'une dynamique de développement important, est aujourd'hui le premier opérateur national à but non lucratif. Elle est gestionnaire de 76 établissements et services (sociaux, médico-sociaux et sanitaires) compte 3012 salariés et accompagne 4810 usagers.

Cette fusion s'est naturellement accompagnée d'un glissement d'une culture antérieure relativement patriarcale vers une culture entrepreneuriale de l'économie sociale.

Ainsi l'ensemble des établissements du COLE ont été réorganisés et regroupés par pôles d'établissements à la tête duquel un directeur de pôle en assume les responsabilités par délégation directe et totale du directeur général de la FCEs. L'organigramme a subi d'importantes modifications. Le sommet stratégique de l'établissement a été déplacé vers le directeur de pôle qui devient l'interlocuteur de la direction générale. Cette nouvelle gouvernance a produit une modification de la ligne hiérarchique dont la fonction que j'occupe aujourd'hui comme responsable d'établissement n'est pas encore formalisée par une fiche de poste.

1.2 Présentation personnelle :

Je me positionnerai donc dans la suite de ce mémoire comme directeur de la résidence Pierre WAUTRICHE que je dirige aujourd'hui sous l'autorité et par délégation d'un directeur de pôle de 4 établissements (2 EHPAD et 2 foyers logements).

Issu d'une formation initiale paramédicale (infirmier), j'ai assumé des fonctions de cadre en responsabilité d'un service sanitaire. L'orientation que j'ai choisie ensuite d'intégrer le

⁵ Décret du 11 avril 2001

secteur de la gérontologie a été motivée par l'intérêt à apporter ma contribution au développement et à l'accompagnement des moyens nécessaires à l'amélioration de la prise en compte des personnes âgées en établissement. Ayant suivi quelques formations spécifiques dans le cadre de la formation continue, j'éprouvai néanmoins le besoin de recourir à une formation qualifiante susceptible à la fois de, combler des carences liées à ma formation initiale, et m'aider à analyser mon positionnement au regard de ma fonction de direction.

J'ai choisi la formation CAFDES (Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'établissement ou de Service d'intervention sociale) parce qu'elle m'a semblé la plus adaptée à ma situation pour les raisons suivantes ;

- elle répond parfaitement au spectre des connaissances que je souhaitais acquérir et/ou renforcer,
- elle ouvre la réflexion sur d'autres secteurs de l'intervention sociale qui m'étaient jusqu'alors inconnus,
- la FCEs exige de ses directeurs une formation de niveau I,
- la qualification des directeurs relève désormais d'une obligation r glementaire⁶

Cette formation me permet maintenant d'être au plus près des réalités du public que j'accueille et des acteurs. En cela, elle me conduit à présenter une problématique nouvelle pour l'établissement dont les causes comme les conséquences ne sont que les aspects émergeant d'une évolution démographique annoncée. En cela les politiques publiques disposent d'orientations dont je me suis saisi pour mettre en œuvre une réponse conforme   cette nouvelle situation.

1.3 La population accueillie :

Le public accueilli à la résidence a considérablement évolué depuis la création de l'institution. Nécessitant des réponses en matière de sécurité, de couverture en besoins primaires et de lutte contre l'isolement, l'éventail des personnes en recherche d'accueil s'est également élargi à des populations, certes âgées, mais nouvelles. Bénéficiant d'une prise en charge collective et caritative à l'origine⁷, l'accompagnement des personnes accueillies maintenant se métamorphose vers une prise en compte individualisée et r glement e. Je propose de traduire l'évolution du profil des résidents à partir de certains indicateurs.

⁶ Loi n  2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, décret du 21 février 2007.

⁷ à l'époque de la communauté des petites sœurs des pauvres.

1.3.1 L'âge et le sexe :

La résidence accueille 73 résidents dont 63 femmes (82.19%) et 10 hommes(17.81%).

La moyenne d'âge est de 86.58 ans. Les femmes, plus nombreuses, sont également les plus âgées (84.08 ans pour les hommes et 87.12 ans pour les femmes). La fourchette d'âge se situe entre 53 et 105 ans (tableau 1).

Répartition selon l'âge

POPULATION AGEE DE	H	F	TOTAL	%
Moins de 60 ans		1	1	1.37
60 à 69 ans		1	1	1.37
70 à 79 ans	3	7	10	13.70
80 à 89 ans	7	29	36	49.32
+ de 90 ans	3	22	25	34.25
TOTAL GENERAL	10	63	73	100

Tableau 1

L'essentiel de la population accueillie (86 %) a plus de 80 ans. La seule personne ayant moins de 60 ans est une personne affectée d'une maladie génétique invalidante qui est entrée avec sa mère de 82 ans en 2002, décédée en 2003. Cette situation illustre déjà la problématique posée par les personnes handicapées accompagnées à domicile par un parent âgé. La demande qui nous avait été formulée suggérait l'accueil simultané des deux personnes (parent et enfant). La réponse que nous y avons apportée n'a pu se faire qu'à la condition de l'octroi d'une dérogation pour la personne de moins de 60 ans.

1.3.2 L'évaluation de l'autonomie :

Afin de déterminer l'ensemble des capacités restantes d'une personne âgée, un certain nombre d'outils a été longtemps utilisé en gériatrie. De la grille propre à chaque établissement au géronte, chacun s'est intéressé à l'évaluation de l'autonomie des personnes prises en charge. Il s'est rapidement avéré indispensable qu'un consensus fût retenu pour qu'un outil unique soit utilisé à l'échelon national. C'est ainsi que la grille AGGIR⁸ (Autonomie Gériatrie Groupes Iso Ressources), élaborée en 1991 par une équipe de gériatres, devint la référence gériatrique en la matière.

Cette grille permet l'évaluation tant au domicile qu'en institution. Toutefois, dans les établissements les variables, dites « illustratives »⁹, ne sont pas retenues. Seules les

⁸ créée par Jean- marc Ducourday, Jean-marie Vetel et Robert Leroux validée par le décret n° 97-426 du 28 avril 1997.

⁹ Variables illustratives ; elles permettent de valoriser l'autonomie domestique et sociale selon des critères relatifs à la gestion financière, la cuisine, le ménage, le transport, les achats, la gestion des traitements et les capacités à alerter.

variables « discriminantes »¹⁰ permettent de déterminer un profil de personne relatif à la perte d'autonomie et des besoins s'y afférant.

L'évaluation d'une personne âgée s'effectue pour chaque variable selon trois modalités codifiées A, B et C ; fait seul spontanément (A), fait non spontanément (B), ne fait pas (C). Les résultats de cette évaluation permettent le classement dans divers Groupes dit Iso Ressources (GIR) de 1 à 6. (Annexe I)

L'évaluation des résidents de la résidence est effectuée chaque année par l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Le tableau suivant fait état de la dernière évaluation du mois de juin 2007.

GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
nombre	24	17	11	13	2	6
%/GIR	32.43%	22.97%	14.86%	17.57%	2.70%	8.11%
%/GIR regroupé	56.16%		32.88%		10.96%	

Tableau 2

La lecture de ce tableau objective d'emblée une forte dépendance de la population accueillie dans l'EHPAD Pierre WAUTRICHE avec près de 60% de résidents dans les groupes 1 et 2.

Si l'évaluation individuelle est importante pour estimer les moyens nécessaires à une prise en charge adaptée de la personne accueillie, il existe un indicateur complémentaire relevant de l'évaluation collective qui donne l'image globale de la charge en soins pour l'ensemble de la population accueillie. Cet indicateur est le GMP (Gir Moyen Pondéré), il autorise des comparaisons d'un établissement à un autre. Le GMP est le résultat d'un calcul affectant chaque GIR d'une valeur déterminée par le nombre de personne inscrites dans cette classe et dont la somme est rapportée à la moyenne des résidents présents au moment de l'évaluation.

Dans le tableau 3, la valorisation globale en points GIR est de 51 920, le nombre de résidents présents au moment de l'évaluation étant de 73, le GMP est évalué à 711.

Cet indicateur, outre le fait d'évaluer l'impact collectif de la dépendance des personnes accueillies, permet de situer la nature de l'établissement d'accueil. Un foyer logement doit présenter un GMP<300, au delà il doit se transformer en EHPAD et ce avant le 31/12/2007¹¹.

¹⁰ Variables discriminantes ; elles permettent de valoriser l'autonomie corporelle et mentale selon des critères relatifs à la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements intérieurs et extérieurs ainsi que les capacités à alerter.

¹¹ Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006.

Groupe GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Nombre de résident	24	17	11	13	2	6
Coefficient en points	1000	840	660	420	250	70
valorisation en points	24000	14280	7260	5460	500	420

Tableau 3

La détermination du groupe iso ressource par la grille AGGIR, présente toutefois des limites et donne une image réduite de l'impact de la dépendance sur la prise en charge réelle. Comme nous l'avons vu dans sa présentation, elle ne tient pas compte de la dimension pathologique dont peuvent être affectées les personnes et en particulier pour les personnes démentes déambulantes. Aussi depuis décembre 2003, un nouvel outil a intégré la palette existante pour affiner maintenant l'impact des pathologies sur la dépendance. Il s'agit de l'outil PATHOS¹² (. (Annexe II)

Cet outil permet l'évaluation d'un grand nombre de pathologies d'une population de personnes âgées tant à domicile qu'en établissement. Il est exclusivement réalisé par le médecin coordonnateur et validé par un médecin inspecteur de la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie). Le résultat de cette évaluation donne une photographie de la charge en soins médico-techniques d'un ensemble de personnes âgées à un moment donné, nommé le Pathos Moyen Pondéré (PMP). Il permet comme le GMP, une comparaison entre services et établissements. C'est un outil d'ailleurs utilisé actuellement dans la détermination des moyens financiers nécessaires à la couverture des besoins, le Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS), étant à la charge de l'Etat.

L'évaluation du mois de juin dernier a donné un PMP de 340.

Le détail de l'évaluation PATHOS fait état de Soins Médico-Techniques Importants. Ils sont rapportés dans le tableau 4.

Ces différentes évaluations, outre qu'elles sont intéressantes pour envisager des moyens en rapport avec les besoins ainsi identifiés pour chaque personne accueillie et sur le plan institutionnel, méritent d'être confrontées à d'autres valeurs dont la portée est plus générale. Leur interprétation permet de situer ainsi par comparaison l'établissement.

Les valeurs de références nationales¹³ de ces indicateurs au regard de l'évaluation réalisée à l'EHPAD Pierre WAUTRICHE sont rapportées dans le tableau suivant.

¹² Outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS

¹³ Source : base nationale gériatrique du service médical CNAMTS au 31/12/2001.

Type d'évaluation	Foyer logement EHPA	Maison de retraite EHPAD	USLD	EHPAD P.WAUTRICHE
GMP	360	564	860	711
PMP	96	125	222	340
SMTI*	6.2%	10.0%	26.2%	28.8%
Non SMTI*	5.5%	13.4%	15.3%	23.3%

Tableau 4

* SMTI= *patients nécessitant des Soins Médico-Techniques Importants avec surveillance rapprochée et présence infirmière 24h/24h.*

* non SMTI= *dans le tableau ces patients sont représentés par les déments susceptibles d'être perturbateurs.*

L'analyse de ces résultats, met en évidence des indicateurs dépassant tous ceux relatifs à la moyenne des EHPAD et pour 3 d'entre eux ceux même des Unités de Soins de Longue Durée. Le public accueilli est globalement fort dépendant avec de nombreuses pathologies dont plus de 25% nécessitent des soins médicaux techniques importants. La part des personnes démentes est très largement située hors champ des normes habituelles.

Limiter l'évaluation de la dépendance à l'interprétation d'une grille codifiée aussi sophistiquée soit-elle serait incomplète. En effet, il me semble essentiel d'y intégrer l'ensemble des relations sociales qui gravitent autour de la personne. Comme le décrit Michel Crosier¹⁴, la personne âgée s'inscrit dans un système où elle est actrice parmi d'autres acteurs et dont les comportements influencent les champs d'actions des uns et des autres. Les autres, ce sont les aidants, au sens large.

La dépendance peut ainsi se poser en terme de limites que les aidants donnent au contenu même de leur action. L'évaluation de l'autonomie est alors fonction des différents appuis dont peut bénéficier la personne. Pour un même niveau d'incapacité quantifié selon une expertise codifiée, la notion de dépendance sera variable d'une personne à l'autre. Cette variabilité sera fonction du rôle et des capacités même des aidants¹⁵ au sens large du terme. C'est ainsi qu'en désignant les limites d'une prise en charge, il faut considérer les limites également atteintes par les aidants.

1.3.3 L'évaluation cognitive :

L'évaluation précédente, faisant apparaître un nombre de personnes démentes

¹⁴ M. Crozier l'acteur et le système. Essai éditions points.

susceptibles d'être perturbatrices supérieur à 23%, mérite une approche plus pointue. Alors que nous ne disposons pas d'un accueil spécifique, près d'un quart des usagers présente des troubles cognitifs. Leur évaluation apparaît alors un élément de diagnostic important. Pour ce faire, le médecin coordonnateur utilise un outil, le Mini Mental State (MMS). Il s'agit de 30 questions dont les réponses sont quantifiées d'un point. Le score ainsi obtenu permet d'évaluer le niveau de démence¹⁶.

Lors de la rédaction du bilan médical annuel d'activité, le médecin a dénombré 70 % des résidents présentant une démence. Cependant pour seulement 50% d'entre eux le diagnostic de maladie d'Alzheimer avait été posé. Pour les autres, ils n'ont fait l'objet d'aucune consultation gériatrique et parmi eux, il en est dont la symptomatologie a été volontairement¹⁷ minimisée pour faciliter l'admission. Quoiqu'il en soit, ces résidents représentent aujourd'hui un nombre non négligeable tant au sein même de l'établissement que dans les demandes d'admission. J'ai même noté que la plupart des personnes les moins âgées présentaient davantage de troubles cognitifs que les autres. Cela met bien en évidence que le profil de la population à accueillir se modifie aussi.

1.3.4 La liste d'attente :

La liste d'attente est un indicateur également intéressant. Il faut cependant l'utiliser avec prudence car l'inscription sur cette liste de personnes en demande d'admission est rarement exploitable dans la durée. En effet les personnes sont inscrites sur plusieurs établissements, souvent en situation de crise. La durée d'attente avant une admission étant particulièrement longue, les personnes figurant sur cette liste ont trouvé une solution provisoire qui leur convient, sont entrées dans un autre établissement, ou sont décédées.

Toutefois l'exploitation de la liste d'attente met en évidence des éléments importants comme le niveau de dépendance, l'âge, le motif de la demande d'institutionnalisation.

Depuis le début de l'année 2007, 72 personnes se sont inscrites, 12 d'entre elles sont entrées dans l'établissement depuis, 22 autres ont trouvé ailleurs ou sont décédées.

L'âge moyen des personnes inscrites augmente avec le niveau de dépendance physique c'est à dire un GIR 1 et 2. Les personnes présentant un âge inférieur à 80 ans ou un GIR pouvant aller jusqu'à 3 sont, pour la plupart, des personnes atteintes de démence. J'ai relevé également de nouvelles demandes concernant des personnes handicapées âgées

¹⁵ il faut comprendre par « aidants » tous les acteurs qu'ils soient institutionnels ou non, internes ou externes.

¹⁶ Interprétation du MMS : jusqu'à 20 = démence légère de 20, à 10 = démence moyenne, < 10 = démence sévère.

¹⁷ Il ne s'agit pas là de porter un quelconque jugement, mais bien de mettre en évidence à la fois la souffrance des aidants et la difficulté de trouver une réponse à celle-ci.

pour lesquelles l'accueil dans les structures traditionnelles cesse à 60 ans.

La modification du profil des personnes inscrites sur la liste d'attente tient de l'action des politiques publiques en faveur du maintien à domicile dont les limites sont repoussées davantage. Cela ne signifie pas que les personnes sont moins dépendantes qu'avant, mais que la dépendance est mieux supportée par la personne âgée et son entourage dès lors que des moyens de proximité sont développés. Il convient d'en être non seulement conscient, mais d'adopter une orientation, pour l'accueil et l'accompagnement des futurs résidents, qui tienne compte de cette nouvelle donne.

1.3.5 Un public hétérogène :

La population des personnes accueillies à la résidence est finalement de plus en plus hétérogène et présente des caractéristiques nouvelles. Cette hétérogénéité se manifeste par la différenciation nécessaire de la prise en compte des besoins des résidents conduisant à l'individualisation des projets de vie inscrits dans la loi du 2 janvier 2002.

Cette individualisation s'avère quelquefois difficile. Ce fut le cas pour deux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dont la déambulation et le comportement n'ont pas permis le maintien dans l'établissement plus de 3 semaines. Pourtant, à d'autres moments, nous avons été capables d'accueillir et de conserver des personnes ayant présenté le même profil !

Nous avons également été confrontés à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes. Pour 5 d'entre elles, âgées de plus de 60 ans, l'accueil et le maintien ont été réalisés sans difficultés. Cependant, nous n'avons pas été en mesure de conserver plus de 8 jours une personne en situation de handicap mental qui vivait en foyer d'hébergement auparavant. Plus récemment encore, nous avons été sollicité pour l'accueil d'une personne trisomique de 63 ans à laquelle nous avons pu donner une suite favorable.

L'établissement présente une offre unique d'institutionnalisation et de ce fait ne répond pas à la prise en compte de tous les aspects du vieillissement.

De plus en plus, les sollicitations externes comme l'évolution en interne des pathologies distinguent une population de plus en plus hétérogène avec une acuité pour les personnes atteintes de démence type Alzheimer et troubles apparentés et les personnes handicapées mentales vieillissantes.

Ce qui a fait jusqu'alors de qualifier de réussite ou d'échec, la prise en compte de ces nouveaux publics, est fort lié à des effets de seuil perceptibles tant au niveau des personnels que des pensionnaires eux mêmes. Ces seuils sont directement empreints de tolérance, de capacité à savoir faire, à savoir être comme à supporter. Ces différents

niveaux se manifestent soit parmi les résidents, soit parmi le personnel et parfois même les deux. Il m'appartient d'y être vigilant afin de conserver l'homéostasie institutionnelle.

1.4 Le personnel :

1.4.1 L'organigramme :

Intégrée dans un pôle de 4 établissements, la résidence est cependant autonome en terme de gestion. Son fonctionnement est organisé selon une ligne hiérarchique¹⁸ traditionnelle avec, le directeur que je représente au sommet stratégique, et un centre opérationnel à l'intérieur duquel existe une hiérarchie de fonction. Le support logistique est représenté par les services d'entretien, de maintenance et de lingerie. La technostucture est représentée en interne par le médecin coordonnateur (seul autre cadre de la résidence) et en externe par un centre administratif régional et un siège national financés en quote-part sur le budget de l'établissement.

1.4.2 Les qualifications :

L'ensemble du personnel est affecté à un poste selon une mission bien définie. Toutefois, l'histoire de l'établissement et du secteur médico-social auprès des personnes âgées en particulier illustre des besoins en qualification insuffisamment couverts. Une majorité d'intervenants auprès des personnes âgées détient de l'expérience avec ou sans formation initiale, type BEP sanitaire et social (Brevet d'Études Professionnelles), ou formation en gérontologie, ce sont les auxiliaires de vie. Des postes qualifiés ont été requis par l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la réforme de la tarification des établissements et repris dans la loi du 2 janvier 2002 et sont couverts par des aides-soignants. Une seule aide médico-psychologique a pu être formée (rareté du poste et nouveauté dans le contexte gérontologique). Des infirmières et un médecin coordonnateur (diplômé) sont associés à l'ensemble d'une équipe devenant pluridisciplinaire.

Le volet médical et de soins est toutefois prépondérant en terme de moyens en personnel, mais la résidence étant un lieu de vie, il convient d'accorder une place importante à l'animateur et au service administratif qui alimentent le lien social des personnes accueillies.

Le tableau 5 ci-après objective un ratio de 0.53 pour les 74 lits installés. 50 salariés sont employés, avec une majorité à temps partiel. Aucun contrat n'est inférieur à un mi-temps. Des fiches de postes sont réalisées pour la majorité des fonctions.

¹⁸ Selon les 5 mécanismes de coordination développés par H. MINTZBERG dans son ouvrage « structure et dynamique des organisations »

FONCTIONS de l'organisation	CATEGORIES professionnelles	Equivalent ETP
SOMMET STRATÉGIQUE	DIRECTEUR	1.00
TECHNOSTRUCTURE	SECRETAIRE ADMINISTRATIVE	1.00
	ANIMATRICE	0.61
	MEDECIN COORDONATEUR	0.23
CENTRE OPERATIONNEL	INFIRMIERE	3.00
	AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	1.00
	AIDE-SOIGNANTE	8.11
	AIDE-SOIGNANTE DE NUIT	4.00
SUPPORT LOGISTIQUE	AUXILIAIRE DE VIE	12.35
	AGENT DE MAINTENANCE	1.00
	AGENT DES SERVICES LOGISTIQUES	6.66
Tableau 5	TOTAL	38.95

1.4.3 Le climat social :

Dans le cadre de la fusion avec la FCEs, les salariés ont bénéficié de l'application de l'article 122-12 du Code du travail et n'ont donc pas été inquiétés sur leur situation. Si quelques usages ont été dénoncés, ils l'ont été au bénéfice de l'adhésion à la convention collective d'octobre 1951 qui, sur le plan des rémunérations, leur a été plus avantageuse. Il existe un comité d'établissement et une représentation du personnel. Les élections se sont déroulées au début de l'année et ont connu une participation importante (80%). Cette représentation permet un dialogue social au sein même de l'établissement contrairement à ce qui existait avant la fusion où la représentation des personnels était unique pour l'ensemble de l'association.

L'absentéisme est inférieur à 3% marqué surtout par des congés parentaux et de maternité. La majorité du personnel est féminin (92%).

Il n'y a pas à ce jour d'entretiens individuels d'évaluation, mais une consultation individuelle sur les besoins collectifs de la structure tant en matériel qu'en formation est réalisée chaque année.

L'ensemble du personnel (50 salariés) présente une moyenne d'âge de 41 ans dont 15 d'entre eux ont 50 ans et plus soit 30%. L'ancienneté moyenne est de 9.5 ans. Si l'on considère que la structure n'a que 16 ans et que la qualification des personnes ne relève pas pour la plupart de formation longue obligeant à une entrée dans la vie active tardive, il convient d'être attentif au vieillissement des personnels et de fait au vieillissement de l'institution dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois.

1.5 Les prestations servies :

1.5.1 Les prestations de l'hébergement :

Moment particulier qu'il convient de soigner, l'**accueil** se décompose en plusieurs étapes. L'inscription, l'entretien d'admission dont la dimension administrative est dominante. L'admission quant à elle, procède d'une dimension humaine primordiale. Elle comprend une phase d'intégration, d'adaptation et d'appropriation des conditions de vie dans un nouvel environnement. L'accueil implique tous les acteurs, professionnels institutionnels et externes, familles et résidents déjà présents.

L'offre d'**hébergement** a un caractère permanent. Pour ne pas associer l'admission à la connotation définitive d'un placement, il est proposé parfois une période dite « d'essai » d'une durée d'un mois.

Il s'agit aussi d'offrir au résident un cadre de vie agréable, confortable et sécurisé. L'hébergement réside à la fois en la fourniture d'une chambre meublée avec commodités, dont l'entretien est assuré. Cet espace privatif se distingue d'autres espaces mis à disposition pour recevoir familles et amis mais relèvent aussi du statut d'espace collectif comme les salles à manger, d'activité, des fêtes etc... Les lieux de soins ne demeurent accessibles qu'à la condition d'y être accompagné.

Des prestations **d'entretien du linge** sont comprises et un service de lingerie est organisé pour répondre à ce besoin.

La **restauration** est une prestation incontournable et dont la qualité dépend de sévères exigences à la fois au regard de la réglementation HACCP¹⁹ (Hazard Analysis Control Critical Points) mais surtout au regard de l'importance que revêt le moment du repas pour les personnes âgées. Moment convivial de rencontre, il stimule l'appétit chez des personnes facilement dénutries. Longtemps réalisée par du personnel de l'établissement, nous avons fait le choix d'externaliser la prestation tout en conservant la confection des repas intra muros.

L'**animation** est un concept très large qui ne se limite pas aux activités organisées mais davantage à un état d'esprit considérant toute personne comme animée par la vie. Si le poste de l'animatrice vient seulement d'être pourvu, sa mission relève autant de l'accompagnement ludique que psychologique et social. Sa fonction est de maintenir et/ou de restaurer le lien social, d'aider à donner une certaine image de soi. En cela elle intervient dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. L'animation est et sera toujours l'affaire de tous. Des bénévoles y sont d'ailleurs associés, regroupés au sein d'une association.

¹⁹ Arrêté du 29 septembre 1997 relatif aux conditions d'hygiène dans les établissements de restauration collective à caractère social.

1.5.2 L'accompagnement des personnes accueillies :

Pendant longtemps, il a été fait mention de la prise en charge puis de la prise en compte des incapacités des personnes accueillies. Pendant longtemps, l'entrée en établissement était assimilée à une perte de capacité pour réaliser des actes simples de la vie quotidienne jugés essentiels. Cette vision négative a longtemps stigmatisé les établissements d'accueil pour personnes âgées comme pour les personnes handicapées. Il me semble important de traduire en quoi la mission d'un EHPAD est singulière et répond à une véritable mission d'utilité sociale.

Il est question d'accompagner dans la vie quotidienne des personnes dont l'autonomie réduit les capacités à s'assumer seules. Certes l'accompagnement s'applique aux actes de la vie et répond en premier lieu à la couverture des besoins physiologiques et de sécurité comme le suggère Abraham MASLOW²⁰, mais il est bien souvent réalisé sous couvert d'une médicalisation devenue omniprésente. Je ne nie pas la nécessité de la médicalisation, mais nos établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes doivent demeurer des lieux de vie où y sont pratiqués des soins. L'accompagnement au sein de la résidence Pierre WAUTRICHE s'est modifié à mesure que des besoins nouveaux sont apparus. En premier lieu, il a fallu proposer les aides matérielles consistant à la réalisation des repas et de l'entretien des locaux. Puis, compte tenu de l'avancée en âge des premiers résidents, des incapacités sont survenues que nous avons compensées avec des moyens obtenus par la création d'une section de cure médicale. Ces moyens financés par la DDASS, relèvent de la médicalisation. Mais la médicalisation n'est pas l'accompagnement, elle en est l'un des composants. D'ailleurs dans le cadre de la négociation de la convention tripartite, il a bien été question d'amélioration de la qualité des prestations d'accompagnement par des mesures dites nouvelles. Qu'ont donc été ces mesures nouvelles dont bientôt nous devrons justifier de leur réalité ? Il y a 5 ans, ces mesures devaient permettre l'amélioration de prestations existantes par la couverture de dépenses d'investissement pour des équipements manquant et la couverture de dépenses de fonctionnement par le recrutement et le déploiement des personnels en nombre et en qualification non satisfaisants. Ces moyens ont bien contribué à une amélioration dont la médicalisation n'aura été qu'un des facteurs d'adaptation à ces nouvelles problématiques de l'époque. Si tant est que l'on s'accorde à vouloir accompagner au mieux les personnes qui se confient ou que l'on confie à nos services, il nous appartient d'être dans une dynamique permanente d'écoute des causes, des conséquences et des aspirations liées au vieillissement de la population pour y

²⁰Abraham MASLOW a theory of human motivation 1943.

apporter la ou les meilleures réponses. En acceptant le principe même de la dynamique, je m'inscris au sein d'un environnement qui évolue, change et auquel il faut trouver les ressources de l'adaptation aux nouvelles situations.

Le projet de vie que nous avons conduit avec tous les acteurs et formalisé en 2002 avait pour doctrine « vivre ensemble ». Il s'avère qu'aujourd'hui, cette symbolique s'accommode mal de l'émergence de certaines populations. Qu'en est-il donc de cette idéologie ? Ne serait-ce qu'utopie ? Aujourd'hui je renonce à avoir une vision réductrice de l'accompagnement de la dépendance limitée aux personnes présentes. Je recherche une solution où le mot « ensemble » prenne toute sa dimension car si vieillir est universel, le vieillissement n'est pas exclusif, il est fonction de chaque individu. Je me dois dans le cadre de ma mission, d'ouvrir l'accompagnement de la dépendance à la singularité des personnes qui frappent à notre porte.

1.6 L'environnement :

1.6.1 Un cadre juridique en pleine mouvance :

Le secteur social et médico-social est en pleine métamorphose. Obéissant à la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux établissements sociaux et médico-sociaux, le cadre législatif répondait à une logique d'établissement consacrant une prise en charge collective relative au statut de chaque établissement et orchestrée par l'Etat. La réglementation emprunta plusieurs voies simultanées.

A) Une voie de désengagement technique de l'Etat ;

Par la mise en œuvre depuis 1982 de la décentralisation, l'Etat opère un transfert de compétences dans le domaine de l'action sociale vers les collectivités territoriales et en particulier les départements²¹. Par la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités des collectivités locales et territoriales, le département devient le « chef de file » de l'action sociale et médico-sociale. Selon l'article 16 de cette même loi, « *il concourt avec l'Etat à l'administration et à l'aménagement du territoire dans leur dimension économique, sociale, sanitaire, culturelle et scientifique* ». Le Président du Conseil Général, devient alors un interlocuteur de proximité privilégié pour les établissements.

B) Une voie d'engagement des politiques sociales et médico-sociales ;

Par la modification en profondeur du contexte législatif relatif aux modalités d'accueil et d'hébergement des personnes âgées, l'Etat fixe les orientations sociales et médico-sociales. En premier lieu, c'est le décret du 26 avril 1999 qui réforme la tarification des

²¹ Loi de décentralisation du 28 mars 2003

EHPAD avec un arrêté du même jour qui en fixe le cahier des charges. Je reviendrai plus tard sur les règles de répartition de la tarification. L'arrêté du même jour, évoque des recommandations relatives à la contractualisation, la qualité l'évaluation et le contrôle, qui 3 ans plus tard seront intégrées dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale.

Je pense nécessaire de prendre quelques lignes pour résumer l'essentiel de cette réforme. En premier lieu, cette loi inscrit l'usager au centre du dispositif de prise en charge. Elle donne des outils lui conférant une place d'acteur²² et lui attribue des droits tel que son consentement éclairé et le respect de ses choix. Elle dispose que les établissements ont des obligations de moyens par une refonte du régime des autorisations²³. Elle oblige à des résultats par une démarche d'évaluation interne et externe²⁴ orientée vers une culture de la qualité et de la bientraitance. Elle ne privilégie plus la prise en charge à temps complet et oriente vers le développement d'accueils diversifiés²⁵. Elle assure un renforcement du contrôle du respect de ces obligations²⁶. Elle dispose d'un positionnement à court et moyen terme des projets des établissements par les contrats d'objectifs et de moyens.

C) Une voie de solvabilisation des usagers ;

L'attribution de prestations en espèces ou en nature a facilité l'utilisation des services proposés. Au tout début l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne), prestation en espèces allouée aux personnes handicapées, s'est rapidement avérée inadaptée et coûteuse et a été remplacée par la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) avec la loi du 24 janvier 1997. Puis la loi du 20 juillet 2001 créa la prestation en nature, l'APA (d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie), définie selon un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale à partir de la grille AGGIR.

D) Une voie de convergence ;

La Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie est créée par la loi 2004-606 du 30 juin 2004 en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées conséquence de l'épisode caniculaire de l'été 2003 qui a mis en évidence un défaut dans l'organisation de la solidarité autour des personnes vulnérables. Celle-ci a vocation d'élaborer un système de veille sanitaire, de recueillir les ressources liées à la suppression d'un jour férié et de les redistribuer selon les besoins aux établissements et services.

²² Contrat de séjour, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie

²³ Articles L 313-1 à L 313-8 du Code de l'Action sociale et Familiale

²⁴ Article L 312-8 du Code de l'Action sociale et Familiale

²⁵ Article L 116-2 du Code de l'Action sociale et Familiale

²⁶ Articles L 313-13 à L 313-20 du Code de l'Action sociale et Familiale

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne pour la première fois une définition du handicap dans laquelle peuvent se reconnaître les personnes dépendantes. « Art. L. 114. - *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » car il n'y est nullement question d'âge.

Cette législation s'inspire de l'évolution démographique de la population dont le vieillissement avéré est de nature à suggérer quelques inquiétudes car l'anticipation ne s'est vraiment constituée qu'à partir du drame de la canicule de 2003.

D'autres éléments du registre de la réglementation plus qu'incontournables sont de véritables outils d'aide en matière d'orientation de politiques nouvelles.

Ainsi les schémas départementaux établis pour 5 ans fixent les orientations stratégiques en matière d'organisation sociale et médico-sociale dans les domaines des personnes âgées, handicapées, de l'exclusion et de l'enfance. Une convergence des orientations stratégiques s'opère en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Toutefois les seuls schémas départementaux ne suffisent pas à mener un projet si l'Etat est impliqué dans le financement de celui-ci. Aussi l'Etat, dans le cadre de la loi du 11 février 2005, s'est-il doté d'un outil de programmation régional sur trois ans qui fixe les priorités en matière de création, extension et transformation des établissements de la compétence de l'Etat. La compatibilité entre le schéma départemental et le PRIAC (PROgramme Interrégional d'Accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées) est opposable au demandeur.

1.6.2 Etat des lieux environnementaux :

A) Sur le plan démographique :

L'étude démographique sur le plan national met en évidence un vieillissement de la population marqué davantage par les tranches d'âge de plus de 65 ans. Les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie ont participé à l'accroissement de l'espérance de vie après 60 ans, fixé à 86.4 ans pour les femmes et à 81.4 ans pour les hommes (Annexe III). La conjugaison de ce facteur associé au baby boom des trente glorieuses produit un effet de volume se traduisant dès maintenant par une explosion du nombre des personnes vieillissantes.

L'analyse de la répartition et des projections de la population (ANNEXE IV-tableau 1), met en évidence l'impact sur le plan national du baby-boom sur l'évolution des classes d'âge à

partir de 65 ans. La progression a déjà commencé en 2005 pour passer dans les 25 prochaines années à plus de 40 % dans chacune des classes d'âge de plus de 65 ans. La même analyse (ANNEXE IV-tableau 2) sur le plan régional Nord Pas de Calais indique en 2000 un pourcentage de départ similaire pour les plus de 65 ans et les plus de 75 ans. Cependant pour les années à venir, la progression sera plus importante que sur le plan national. Les plus de 85 ans représenteront une part non négligeable de 2.2 à 7.5 % de la population en hausse constante à partir de 2000.

L'étude étant réalisée en pourcentage de population, il convient de s'intéresser aux chiffres de la population. Celle-ci étant répartie sur un territoire donné, la densité des habitants au kilomètre carré me semble être un bon indicateur de comparaison rapporté à ces pourcentages. En effet la valeur en % de l'évolution démographique rapportée au nombre d'habitants donne en valeur absolue des chiffres autrement significatifs (tableau 6)²⁷.

territoire	Densité Habitants/ km ²	population
France métropolitaine	112.2	61 538 322
Région Nord Pas de calais	324	4 043 000
Département du Nord	445	2 554 469

Tableau 6

Ces résultats rapportés aux indicateurs d'évolution de la population selon les tranches d'âge ci-dessus, objectivent l'importance de l'évolution non seulement démographique mais aussi du vieillissement de la population du département du Nord. La prévalence de la dépendance est intimement liée à l'avancée en âge. Dans le Nord, 7.6 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes²⁸. A partir des tableaux précédents, je propose une projection de l'impact de la dépendance pour les personnes de plus de 65 ans en affectant un coefficient de 7.6 % à la population du département. Ces résultats loin d'être précis donnent cependant l'image d'une progression importante du nombre de personnes dépendantes. (tableau 7)

Impact de la prévalence de la dépendance sur les projections de la population de + de 65 ans dans le département du Nord			
année	+ de 65 ans	dont + de 75 ans	dont + de 85 ans
2010	33004	2970	825
2030	90217	11828	3428
2050	33528	6069	2525

Tableau 7

²⁷ source Insee 01/01/2007

²⁸ source INSEE recensement de population de 1999 enquête HID 1998-1999

La résidence que je dirige se trouve située dans un bassin où la demande d'accompagnement pour les personnes âgées ne fait que commencer pour s'amplifier durant les 40 prochaines années. Si l'on considère, compte tenu des délais d'attente pour les personnes sollicitant une admission, que l'offre d'accueil est insuffisante aujourd'hui, ce constat oblige pour l'avenir à envisager le développement de structures d'accueil.

B) sur le plan des établissements :

Les structures susceptibles d'accueillir les personnes âgées dépendantes sont représentées désormais soit par les EHPAD soit par les USLD (Unités de Soins de Longue Durée). Je ne m'attarderai pas sur des statistiques nationales dont le taux d'équipement moyen à 138 places installées pour 1000 personnes de 75 ans et plus est déjà supérieur à la région Nord Pas de Calais évalué à 121 places pour 1000. Le département du Nord quant à lui, possède un taux 132 places pour 1000.

J'apporterai un intérêt particulier à l'offre d'accueil des personnes dépendantes dans notre département. A ce titre je ne retiendrai que les structures type EHPAD et les USLD. Ainsi 180 établissements (156 EHPAD + 24 USLD) disposent de 13779 places occupées à 96%²⁹.

En rapprochant les chiffres énoncés dans le cadre de l'évolution démographique (tableau 6), le constat fait nettement apparaître un déficit de places. Toutefois les chiffres sont à pondérer car ils comprennent un grand nombre également de personnes dépendantes prises en charge à domicile.

Sur un plan plus local et dans le cadre d'une concertation gériatrique en vue de la mise en place d'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), une enquête sur l'arrondissement de Douai a été réalisée en janvier 2005. Elle fait état de la présence sur 36 communes, totalisant 246 894 habitants dont 49 346 de 60 ans et plus (20%), de 14 EHPAD et 3 USLD. Ils totalisent 1398 places. L'accueil de jour (8 places) comme l'hébergement temporaire (0) sont quasi inexistantes.

C) L'établissement s'inscrit dans un réseau :

La résidence existe au sein d'un environnement dans lequel il tisse un réseau formel et informel³⁰.

Dans le cadre du réseau formel, des conventions de partenariat ont été signées avec le centre hospitalier de Douai dans le cadre du plan bleu, avec l'association France Alzheimer des pays du Hainaut. Pour avoir participé à l'élaboration du CLIC du Douaisis,

²⁹ source DRASS Nord Pas de Calais Enquête EHPA 2003.

³⁰ R. DUMONT, diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod 2005 p.271

j'entretiens des relations particulières dans le cadre d'une plate-forme partenariale rassemblant professionnels, usagers et élus.

Dans le cadre du réseau informel, des relations se sont nouées avec le centre médico-psychologique de Douai, avec la direction territoriale du conseil général, avec les responsables des administrations du Conseil Général et de la DDASS.

Des contacts sont régulièrement entrepris avec les services d'assistance sociale, de l'hôpital et des centres de rééducation servant de transition à l'admission des personnes en situation de crise.

D'autre part, la structure est immergée dans un réseau d'établissements d'accueil pour personnes âgées à but lucratif et non lucratif constituant de fait un secteur concurrentiel entre les multiples opérateurs. La part des EHPAD de la Fondation dans l'arrondissement de Douai est de 4/14 soit 28%.

1.7 La tarification EHPAD :

Depuis l'arrêté du 27 avril 1999 relatif à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la tarification se présente sous une forme ternaire. Elle est soumise à conventionnement de trois parties, le Président du Conseil Général représentant le département, le Préfet du département représentant l'Etat et le Directeur, mandaté par le conseil d'administration, représentant l'établissement.

La convention fait l'objet d'un plan pluriannuel sur 5 ans et répartit son financement sur 3 budgets distincts. Ainsi plusieurs tarifs sont arrêtés conjointement : un tarif hébergement, un tarif dépendance et un tarifs soins.

1.7.1 Le tarif hébergement :

Il comprend tout ce qui est relatif à l'entretien des bâtiments et des locaux, la restauration, les dépenses des personnels administratifs et d'animation à 100%. Les personnels de services sont eux pris à 70% dans ce registre. Le tarif est calculé sur la base d'un budget prévisionnel de charge rapporté à un nombre prévisionnel de journées d'occupation en fonction de la capacité autorisée. Ainsi notre tarif hébergement est de 53.46 €.

1.7.2 Le tarif dépendance :

Il comprend ce qui relève du matériel relatif à l'accompagnement de la dépendance comme les changes et les alèses. 30% des personnels de service y sont affectés ainsi que 30 % des aides-soignants et aides médico-psychologiques. Nous n'avons pas de psychologue, mais si tel était le cas il serait intégralement affecté à la dépendance. Le tarif dépendance se décline en 3 tarifs selon le niveau de dépendance des personnes accueillies. Ainsi il y a un tarif pour les personnes évaluées en GIR 1 et 2, pour les

personnes évaluées en GIR 3 et 4 et un autre tarif appelé encore ticket modérateur pour les personnes en GIR 5 et 6. Ce ticket modérateur est ce qui restera à la charge de chaque résident déduction faite de l'APA qui atténue le tarif dépendance. L'APA est versé mensuellement par 1/12 directement à l'établissement. Les résidents n'ont plus à faire l'avance de ce montant. L'APA est une vraie prestation en nature. Nos tarifs dépendance sont pour les GIR 1 et 2 de 16.27 €, pour les GIR 3 et 4 de 8.30 € et pour le ticket modérateur de 4.05 €.

1.7.3 Le tarif soins :

Il comprend les frais afférents à l'investissement dans du matériel médical amortissable ainsi que l'achat de petit matériel dont une liste est pré-établie. Il comprend la part des aides soignants et aides médico-psychologiques restant à charge soit 70% ainsi que 100% des professionnels de santé médicaux et para-médicaux (médecin coordonnateur et infirmières). Le tarif soins est arrêté selon le choix d'une option (partiel ou global)³¹. Il est calculé à partir de l'évaluation réalisée par le médecin coordonnateur selon une formule reprenant le GMP, sous la forme d'une dotation annuelle globale versée mensuellement par douzième :

$$\text{Dotation soins} = (((\text{GMP} + 250^*) \times 6.04^{**}) \times 74) \times 1.35^{***}$$

* si le GMP est > à 700 la majoration du GMP est de 250 au lieu de 120

** 6.04 est un coefficient fixé annuellement par l'Etat

*** 1.35 correspond au plafond de la Dotation MINImale de Convergence (DOMINIC) attribuée, ainsi notre dotation soin est de 579 864 €

Une circulaire³² de la direction générale de l'action sociale introduit dès 2006 pour les établissements renouvelant leur convention tripartite l'utilisation de l'outil PATHOS dans la tarification soins afin de mieux répartir, en fonction de la charge en soins, les crédits de médicalisation de l'assurance maladie. Le reste à charge pour le résident correspond donc au tarif hébergement et au ticket modérateur. Pour les personnes n'ayant pas les ressources nécessaires, l'aide sociale départementale prend à sa charge le montant de ces frais selon les règles de l'obligation alimentaire.

L'établissement se situe dans la fourchette inférieure des tarifs pratiqués dans l'arrondissement qui se situent entre 52 et 62 €/jour pour le seul prix de journée

³¹ Le tarif partiel est réservé aux établissements ne possédant pas de pharmacie à usage intérieur, le tarif global intègre les frais médicamenteux, les frais de médecin, de biologie, de radiologie et de transports.

³² Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 précisant les modalités d'échelonnement de l'utilisation de l'outil PATHOS.

hébergement.

Compte tenu de ces données environnementales tant internes qu'externes, je m'interroge sur le potentiel dont dispose l'établissement en matière de développement et d'élaboration de réponses adaptées au regard de ses propres ressources.

1.8 Conclusion de la première partie :

La résidence Pierre WAUTRICHE jouit d'une situation tant historique que géographique qui la place au centre d'un tissu social fort demandeur en terme d'accueil pour les personnes âgées. Inscrite dans un environnement en constante évolution, elle est ouverte aux préoccupations et aux attentes des publics âgés. Force est de constater qu'au regard des multiples indicateurs, elle est inscrite de fait dans une dynamique d'opportunités au regard des besoins locaux, des orientations politiques et des stratégies de développement de la fondation. Ces mêmes indicateurs révèlent une réalité relativement lourde et de fait expliquent l'inadéquation des moyens aujourd'hui disponibles et la carence de réponses à l'émergence de besoins nouveaux.

Toutefois, elle s'inscrit dans un secteur ouvert à la concurrence des opérateurs à buts lucratifs comme non lucratifs. Il n'existe pas de pressions exercées, ni politique, ni judiciaire, ni corporatiste, ce qui permet une approche prospective saine de la situation par anticipation. Les opérateurs que sont les personnels sont confrontés à une nouvelle approche de leur mission dans un contexte également touché par le vieillissement institutionnel. Les conséquences de la politique du maintien à domicile commencent à montrer leurs effets. La modification du profil des résidents est perçue mais les moyens pour y faire face avec une satisfaction réciproque ne sont pas acquis.

Aussi, à la veille du renouvellement d'une convention tripartite où les enjeux sont importants pour obtenir les moyens de nos ambitions, il m'appartient de dresser les marges de manœuvres avec lesquelles j'entends pouvoir améliorer la qualité de l'accueil des personnes dépendantes âgées qui font une demande d'admission. De nouveaux publics ont été identifiés, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, les personnes handicapées mentales devenues âgées. Ils représentent pour nous un public émergent et donc une problématique nouvelle à laquelle nous devons tenter d'apporter une réponse.

2 Vers une approche diversifiée de la réponse au vieillissement de la population.

2.1 Pourquoi y a t-il une carence en terme de qualité dans la prise en charge d'un public particulier dans l'établissement ?

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la politique de maintien à domicile ont révélé de nouveaux publics dont la prise en charge au sein de notre établissement n'est pas satisfaisante. J'envisage dans un premier temps de dresser une image de la problématique de chacune des populations nouvellement identifiées par la structure, puis d'évaluer son caractère émergeant au sein de notre propre organisation tout en mesurant les conséquences de ce changement.

2.1.1 Une problématique propre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

La maladie d'Alzheimer, du nom de celui qui le premier en décrit les symptômes, Aloïs Alzheimer en 1906, est une affection dégénérative du cerveau dont le diagnostic est essentiellement clinique. C'est une maladie qualifiée de neurologique.

Elle se manifeste par des troubles prépondérants de la mémoire associés à des troubles cognitifs et du comportement ayant une incidence envahissante dans la vie quotidienne des malades. Les troubles cognitifs présentent une altération de la mémoire immédiate, des troubles du langage oral et écrit ainsi que des modifications liées au jugement. Les troubles comportementaux se manifestent sous forme d'apathie avec manque de motivation ou au contraire par de l'agitation. Des troubles psychologiques sont également très fréquents à type de dépression, d'anxiété, d'hallucinations. Ces divers troubles ou symptômes constituent le syndrome démentiel. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer confirmé ne se réalise que post-mortem lors d'un examen neuropathologique qui mettra en évidence des lésions cérébrales. Toutefois la recherche ouvre des perspectives relatives au dépistage par une prise de sang³³ mais demeure, quant au traitement, symptomatique en ralentissant l'évolution de la maladie. L'espérance de vie est alors de 8.5 ans à 10 ans.

A) Des enjeux démographiques ;

Cette maladie toucherait 25 millions de personnes dans le monde. On compte, en France,

³³ Pr J. Touchon Doyen de la faculté de médecine de Montpellier et directeur à l'INSERM.

aujourd'hui 860 000 patients atteints de la maladie d'Alzheimer (1.4% de la population). Chaque année 150 000 à 225 000 nouveaux cas selon les sources³⁴ sont déclarés.

La maladie touche plus fréquemment les femmes (20.5%) que les hommes (13.2%).et s'exprime tardivement. La fréquence s'accroît avec l'âge L'incidence double tous les 5 ans à partir de 65 ans. Cela explique l'âge avancé du plus grand nombre des personnes ainsi atteintes, la prévalence est de 10 % pour les plus de 85 ans³⁵.

Les projections à l'horizon 2020 sont alarmantes puisqu'elles envisagent 2% de la population et 3% en 2040, soit plus du doublement du nombre de cas en moins de 35 ans ! Les espoirs sont actuellement tournés vers la recherche qui a déjà permis de mettre en évidence des facteurs de risques génétiques dans l'apparition de cette maladie. Ces recherches ont mis en évidence une pathologie liée à une protéine présente également dans la trisomie 21, la protéine « tau ».

Toutefois les facteurs de risques les plus avancés restent, par ordre d'importance, l'âge, le sexe et les facteurs génétiques.

Peu d'études ont été menées dans le cadre du vieillissement annoncé de la population, pourtant il y a plus de 50 ans, Pierre Laroque³⁶ rédigea un rapport qui faisait déjà état de l'impact sur notre société actuelle de l'augmentation massive du nombre de personnes âgées en France. Dans sa conclusion, il préconisait déjà l'individualisation de la prise en charge, la diversification des moyens et un contexte en mouvement permanent. « *l'étude des problèmes de vieillesse, ne peut donc être abordée qu'en tenant compte, non seulement du caractère différentiel du vieillissement, mais aussi de données sociologiques variées et en constante évolution* ».

Une autre étude plus récente et plus ciblée sur le vieillissement cérébral a permis d'illustrer la problématique de la démence et d'aider aux orientations politiques. La plupart des projections sur le développement des démences type Alzheimer et apparentées s'appuient sur les résultats de cette étude épidémiologique PAQUID³⁷ (Personnes Âgées QUID).

B) Une mobilisation de tous les acteurs ;

Le ministère de l'emploi et de la solidarité a toutefois préconisé en 1999 un guide de « recommandation pour l'adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en vue de l'amélioration de la qualité de vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle ». Le ministre Philippe Douste-Blazy a lancé un « plan

³⁴ Rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, juillet 2005.

³⁵ Enquête PAQUID.

³⁶ Fondateur de la sécurité sociale en 1945 et auteur d'un rapport en 1962 de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse.

³⁷ étude basée sur une cohorte de 4134 personnes âgées suivies entre 1988 et 2003

Alzheimer 2004-2007 » favorisant la création de petites unités de vie de moins de 25 places³⁸. En 2006, le ministre Philippe Bas annonce un « Plan Solidarité grand Âge » qui préconise la création de 5000 places/an jusqu'en 2012, un effort de médicalisation et l'amélioration des ratios d'encadrement pour atteindre un professionnel pour une personne dépendante.

Outre les pouvoirs publics, un certain nombre d'organismes se sont saisis de ce mal du 21^{ème} siècle déclaré par Dominique de Villepin « *grande cause nationale 2007* ». Certains laboratoires pharmaceutiques³⁹ voyant en cela un débouché pour les médicaments issus de leurs recherches se sont impliqués dans des démarches d'accompagnement, de conseil et de formation auprès des nombreux acteurs du secteur médical et social. D'autres, à l'instar de ce qui s'est réalisé pour les personnes handicapées, se sont constitués en associations⁴⁰ et sont devenues forces de proposition et de représentation incontournables. Elles apportent leur soutien dans le développement des moyens d'accueil et de prise en charge des malades et des aidants.

Tous contribuent à une action partenariale et s'inscrivent dans le cadre d'un fonctionnement en réseau.

Aujourd'hui la problématique des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer relève d'un dépistage précoce lié à une information du public qui n'est pas prêt à la recevoir. La prise en charge, qui se doit d'être aussi précoce, n'ôte rien au caractère invalidant de la maladie qui produit des effets de dépendance à un système de soutien à dominante non médicamenteuse. Les problèmes particulièrement relationnels liés à l'irrationalité des personnes atteintes contribuent à rendre difficile leur intégration dans des établissements où l'accueil est basé sur le collectif. La difficulté est d'autant plus importante que l'écart, présenté par le malade, entre son autonomie physique et ses capacités intellectuelles est grand.

C) Des conditions locales qui justifient les orientations et le positionnement de l'établissement ;

L'impact sur le département du Nord, compte tenu des éléments démographiques développés dans la première partie et l'évolution du nombre de malades développé dans ce chapitre, objective un nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou démence apparentée pour le département du Nord⁴¹ entre 35000 et 43000 et entre 3500

³⁸ Décret du 13 février 2005 dont un des objectifs est la création de 3250 places par an pour atteindre 13 000 en 2007.

³⁹ Eisai/Pfizer,

⁴⁰ association France Alzheimer créée en 1985, association Lions Alzheimer, fondation Médéric Alzheimer, Méotis ; réseau régional de la mémoire du Nord Pas de calais

⁴¹ Population du Nord = 2 554 469 x 1.4% ou 2 554 469 x 17%(>60ans) x 10%

et 4200 dans l'arrondissement de Douai⁴². Ces chiffres sont à rapprocher de l'offre de soins en établissement compte tenu d'une part de la proportion de personnes résidents à domicile (72 % des bénéficiaires de l'APA résident à domicile) et d'autre part du nombre de places d'accueil spécifique installées (292 places)⁴³. Ces chiffres donneraient, pour les 28% de la population de l'arrondissement douaisien, ne pouvant rester à domicile et susceptibles d'être malades, un besoin en places spécifiques de plus de 900. L'offre sur ce territoire se limite à une cinquantaine de places spécifiques.

Nous devons, compte tenu de ces éléments, opérer l'adaptation de la résidence à l'accueil spécifique de ces personnes et offrir aux acteurs les moyens d'un accompagnement satisfaisant car la dépendance montre un nouveau visage.

2.1.2 Une problématique propre aux personnes âgées en situation de handicap mental?

Des sollicitations nouvelles d'un secteur jusqu'alors cloisonné, tant par les politiques publiques⁴⁴ que par son organisation⁴⁵, sont apparues, comme exposé relatif à la situation de notre établissement,. Elles émanent de personnes qui accompagnent des personnes en situation de handicap inscrites, jusqu'à un âge fixé réglementairement et tout aussi arbitrairement à 60 ans, dans un dispositif de prise en charge prédéterminé. Ma position de directeur me conduit à mener une réflexion plus large sur ce nouveau phénomène social que constitue le vieillissement de la population handicapée. Cependant, je limiterai l'étude à une approche centrée sur le handicap mental qui représente 84% de la population handicapée hébergée dans la région Nord Pas de Calais et parce que la réponse à la problématique du polyhandicap lourd existe avec les Maisons d'Accueil Spécialisées⁴⁶.

Si l'espérance de vie a augmenté pour l'ensemble de la population, il convient de penser qu'elle bénéficie aussi aux personnes en situation de handicap. En effet il n'est plus rare de rencontrer des personnes handicapées de plus de 60 ans.

L'espérance de vie des personnes handicapées mentales est passée cependant, en moins d'un demi siècle (de 1930 à 1980), de 20 ans à plus de 60 ans selon une

⁴² Population de l'arrondissement de Douai = 246 894 x 1.4% ou 246 284 x 17%(>60ans) x 10%

⁴³ source schéma gérontologique du Nord bilan 2001-2006

⁴⁴ loi n° 534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et annexes XXIV en 1989

⁴⁵ APF association des paralyés de France, APEI association de parents d'enfants inadaptés

⁴⁶ MAS = établissement médico-social recevant des adultes handicapés nécessitant une surveillance médicale et des soins constants

croissance linéaire⁴⁷. Le gain est encore plus marqué pour les personnes atteintes du syndrome de Down⁴⁸ passant pour la même durée de 9 à 60 ans. L'âge moyen de survenue du décès des personnes handicapées était entre 1972 et 1979 respectivement de 47.31 ans et de 64.46 ans pour les déficients mentaux, pour passer en 1990, respectivement à 59.77 ans et 70.23 ans⁴⁹.

A) Reconnaître le handicap, une étape vers une convergence ;

Pour bien comprendre la difficulté que représente la notion de vieillissement de la personne handicapée, je voudrais rappeler les difficultés inhérentes à la reconnaissance même de la spécificité de cette population handicapée. A défaut d'une définition commune du handicap, une évaluation et une classification furent pour la première fois réalisées en 1980 par Ph. Wood reposant sur trois critères, les déficiences, relatives à la perte ou à l'altération d'une fonction, l'incapacité, relative à la réduction de la capacité résultant d'une déficience et les désavantages, conséquences du retentissement de ces déficiences et de ces incapacités dans l'accomplissement du rôle social de chacun. Cette classification a été reprise dans la classification internationale du handicap et le code de la sécurité sociale en 1993. Cependant c'est l'enquête HID (Handicap Incapacités Dépendance) menée entre 1998 et 2001 par l'Insee qui permettra d'avoir une représentation plus fidèle de la population handicapée, notamment en distinguant plusieurs profils de handicap. La conjugaison de cette classification et de cette enquête ont participé à la reconnaissance de la population handicapée et de fait à une certaine sectorisation de leur accompagnement de l'enfance à l'âge adulte. Toutefois la reconnaissance s'arrête à la barrière des 60 ans puisqu'au delà, les commissions COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel), pour les adultes et depuis la loi du 11/02/2005 la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), chargées également de l'orientation des personnes en situation de handicap, les considèrent comme des personnes âgées sortant du champ de leur compétence.

Je retiendrai pour les besoins de mon projet ce qui relève du handicap mental que je distingue du handicap physique. Le secrétariat d'Etat aux personnes handicapées a ainsi distingué ce qui relève du handicap mental⁵⁰ ;

- la déficience intellectuelle qui représente 1 à 3% de la population en France. Elle se caractérise par un quotient intellectuel inférieur à 69 et est qualifiée de sévère lorsqu'il

⁴⁷ Germain WEBER, le vieillissement des personnes handicapées mentales, ENSP 2003.

⁴⁸ trisomie 21.

⁴⁹ Le vieillissement des personnes handicapées, édition ENSP 2003, p 62.

⁵⁰ Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées Dress, études et résultats, n°391, avril 2005.

est inférieur à 40.

- La trisomie 21, maladie génétique dont la prévalence diminue avec les actions de dépistage pré-natal.
- Le syndrome de l’X fragile, maladie également génétique dont les malades présentent des troubles du langage et du comportement.
- Les déficiences psychiques liées à l’autisme, la schizophrénie qui produisent des troubles comportementaux de la communication et de la vie relationnelle.

B) Un vieillissement qui s’ajoute à un handicap existant:

Le vieillissement de la personne handicapée mentale se produit comme tout à chacun en fonction de ses caractéristiques physiologiques, biologiques, environnementales et demeure individuel. Toutefois il se caractérise par une apparition plus précoce, entre 40 et 50 ans, par une fatigabilité accrue et une diminution des performances qui dans le cadre d’une activité de production, les ESAT (Etablissement et Service d’Aide par le Travail), comme dans un foyer de vie, remet en cause l’homéostasie de l’établissement. Diverses raisons alimentent une usure prématurée. Les personnes handicapées mentales présentent des problèmes de santé plus fréquemment que la population ordinaire compte tenu de leur déficience même. Elles ont longtemps été exposées à des prises prolongées de médicaments. Leurs difficultés pour s’approprier des connaissances, produisent une certaine ignorance des recommandations en matière d’hygiène de vie et alimentaire, elles conduisent à des carences et des déséquilibres. De la même façon, les limites relatives à une bonne prise de conscience de l’importance des risques de toute nature produisent de la négligence. L’absence de stimuli, de repères dans le temps et l’espace favorisent la sédentarité et les risques qui y sont liés. L’avancée en âge s’accompagne également d’un nombre croissant d’incapacités.

L’adaptation à de nouveaux rythmes de vie également devient difficile dans un contexte de prise en charge collective. L’âge plafond de 60 ans apparaît dans tous les rapports et depuis longtemps, comme inadapté à toute mesure qualitative et quantitative. Aussi les études relatives au vieillissement des personnes handicapées commencent à partir de l’âge de 45 ans. Il convient alors de définir la personne handicapée mentale vieillissante comme une personne présentant une déficience dont l’âge impacte les capacités et qui produit des conséquences sur le déroulement de sa vie quotidienne. En cela l’approche individuelle est la même que pour une personne âgée sans distinction de ses origines, la prise en compte des effets du vieillissement sur son handicap conditionnera l’accompagnement adapté. L’évaluation du nombre de personnes handicapées

vieillissantes est estimée à 635 000 dont 270 000 ont plus de 60 ans soit près de 42.5%⁵¹.

C) Les limites d'un dispositif spécifique :

Dès lors qu'une personne est reconnue « handicapée », son parcours de vie s'inscrit dans une filière particulière (Annexe V). Cette filière participe à la reconnaissance du handicap avec la MDPH⁵² (Maison Départementale des Personnes Handicapées) et les CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), à l'attribution d'allocations spécifiques (ACTP remplacée par la prestation de compensation), à l'accompagnement tant à domicile, avec le SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), qu'en établissements, IME (Institut Médico Éducatif), foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) et à la tarification. De l'enfance jusqu'à l'âge adulte, le parcours de la personne handicapée était balisé jusqu'à l'âge de 60 ans, jugé suffisant pour sa prise en charge compte tenu de l'espérance de vie antérieure. Les quelques personnes qui atteignaient cet âge devaient basculer dans une autre filière, la filière gérontologique avec son allocation (APA) et ses établissements, EHPA (Etablissement Hébergeant des personnes Âgées) et EHPAD. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et la croissance en nombre des adultes devenant âgés, un glissement de la classe d'âge modal⁵³ de 10 ans s'est opéré dans l'ensemble des structures d'accueil du secteur handicapé adulte. Dans la région Nord-Pas de Calais, la part des 50-59 ans hébergés est passée, entre 1995 et 2001, de 7 à 15%⁵⁴. Les taux d'occupation de ces établissements atteignent et dépassent même les 100%. La majorité des adultes est accueillie en FAM et en foyer de vie⁵⁵.

Cette filière institutionnalisée n'est cependant qu'une composante de la prise en charge des personnes handicapées mentales vieillissantes. La majorité d'entre elles vivent à domicile entourées de leurs parents ou de leurs frères et sœurs. Ces aidants qualifiés de naturels, constituant le premier réseau informel de prise en charge, vieillissent également et se fatiguent. Les limites de la prise en charge sont alors directement liées à celles de ces aidants. L'intégration dans la filière « handicapée » institutionnelle s'opposant alors au manque de place et à l'inadéquation de l'accompagnement.

⁵¹ Sources – DRESS, enquête HID de l'INSEE

⁵² La MDPH a pour mission l'accueil, l'information, l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles. Elle instruit les demandes de reconnaissance du handicap, évalue les besoins de compensation et participe à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH.

⁵³ Classe d'âge la plus nombreuse

⁵⁴ source bilan d'activité 2005, DRASS Nord Pas de calais

⁵⁵ 5.5% des adultes de 20 à 59 ans sont accueillis en MAS et 12.5% en foyer de vie ou FAM source bilan d'activité 2005, DRASS Nord Pas de calais).

Les limites d'un tel système se posent, d'abord et avant tout, en terme d'orientation des adultes handicapés mentaux devenus âgés. L'accueil ou le maintien dans les établissements prévus pour adultes produirait un déficit d'accueil des plus jeunes et un vieillissement du public rendant incompatible l'exécution du projet d'établissement.

Aussi, ces personnes s'orientent vers de nouvelles structures plus en fonction de critères d'âge que de propre choix.

2.1.3 Une émergence de populations nouvelles caractérisée par l'insatisfaction des réponses apportées :

Le bilan dressé par la DRASS du Nord Pas de Calais fait état dans son rapport d'activité 2005 de l'insuffisance de réponses aux besoins de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées tant en matière d'établissement qu'en terme de diversification des modalités de prise en charge à proximité du lieu de vie ordinaire. Deux ans plus tard, ce constat régional s'applique à fortiori à la résidence Pierre WAUTRICHE.

Si la maladie d'Alzheimer n'est pas une nouveauté dans notre établissement, le nombre croissant de patients qui en sont atteints a un impact sur les conditions d'exercice de notre mission. L'émergence tient de plusieurs facteurs :

- Le nombre de personnes concernées par une DTA (Démence Type Alzheimer) augmente de façon importante. L'effectif en personnel autorisait de façon ponctuelle la prise en charge de quelques résidents répartis dans chacun des niveaux de la structure. La disponibilité du personnel ne permet pas l'accompagnement satisfaisant du nombre croissant de ces résidents car ils nécessitent une présence importante.
- L'établissement est une structure ouverte avec plusieurs accès. L'accueil est décentré et aucun regard sur les allées et venues n'est possible. La vigilance du personnel des différents services est mise à l'épreuve par des patients qui se révèlent, à leur insu certes, fugueurs. Le risque de fugue et des conséquences qui y sont liées entraîne une majoration de mon engagement en terme de responsabilités.
- Les professionnels ne sont pas suffisamment formés à l'accompagnement spécifique des personnes démentes. La pluridisciplinarité n'est pas assez représentée, il n'y a qu'une seule aide médico-psychologique dans l'établissement.
- Les familles dont les parents ont développé durant leur séjour des symptomatologies comportementales liées au manque d'hygiène, à la déambulation, aux pertes de mémoire, acceptent mal cette évolution et sont revendicatrices en remettant en question la qualité du travail réalisé de façon assez subjective. L'impact de ces réactions est directement lié au risque de démotivation du personnel.
- Les résidents encore sains d'esprit, se plaignent eux-même de l'émergence de cette nouvelle population qui vient troubler la sérénité à laquelle ils ont souscrit. Les

intrusions dans les chambres dont les portes sont ouvertes, les cris quelquefois, les locutions itératives, la grossièreté leur sont difficilement acceptables.

- Les personnes sollicitant leur admission et alimentant la liste d'attente, sont de plus en plus nombreuses porteuses du diagnostic de démence d'Alzheimer. Elles constituent des demandes pour des personnes plus jeunes (< 80 ans), les plus âgées étant souvent en fin de vie ou grabataires.
- L'offre d'hébergement que nous proposons a un caractère permanent, même s'il existe une souplesse en proposant une période d'essai. Elle ne répond pas à la demande de répit que sollicitent les aidants naturels. Nous nous trouvons en matière d'hébergement dans une situation du « tout ou rien », « pour toujours ou pas du tout ! ». Des sollicitations pour des périodes courtes pendant des congés, l'hospitalisation d'un aidant ou tout simplement pour souffler, existent et auxquelles nous ne pouvons pas donner de suite.
- La Résidence étant inscrite dans un réseau d'établissements au sein de l'arrondissement, participe à l'orientation des personnes vers d'autres structures dont les modalités d'accueil seraient plus adaptées. Il existe là aussi des difficultés car l'offre de place pour les personnes atteintes de troubles démentiels est saturée. La durée d'attente pour des personnes souvent en situation de crise est de l'ordre de 6 mois à un an. En outre, il n'y a pas d'alternative à l'hébergement permanent à proximité.
- L'animation que nous avons mise en place n'est, pour ces personnes, que trop ponctuelle, et n'est pas spécifiquement adaptée à leur accompagnement.

En ce qui concerne les personnes handicapées présentant un handicap mental, l'émergence tient des facteurs suivants ;

- Le public handicapé vieillit et les enjeux tant qualitatifs que quantitatifs n'ont pas été assez anticipés.
- Les structures pour adultes handicapées ne sont pas suffisamment médicalisées pour faire face aux nouvelles exigences liées au vieillissement de leur population.
- Le maintien dans les structures d'hébergement actuelles des personnes handicapées devenues âgées produirait un déficit d'accueil d'une population plus jeune et nuirait à leur vocation initiale.
- Les acteurs du secteur des personnes handicapées ne sont pas formés à l'approche gériatrique de leur public.
- La convergence des dispositifs de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées encourage la mutualisation des moyens des deux secteurs.
- L'accompagnement des personnes handicapées mentales est réalisé pour une grande part par les parents souvent eux-même âgés, l'accueil simultané du parent et de

l'enfant mérite une adaptation des conditions d'accompagnement au sein de l'établissement.

- Un grand nombre de personnes handicapées mentales ne sont pas institutionnalisées, vivant à domicile et bénéficiant des aides au maintien à domicile : ils seront nombreux à frapper aux portes des établissements gérontologiques.
- Des sollicitations sont déjà enregistrées dans le cadre de projet d'admission.
- Des contacts s'établissent avec des établissements type foyer de vie, foyer d'hébergement, ce qui souligne la préoccupation qu'ont les dirigeants de ces structures au regard du vieillissement de leur population.

2.2 La réponse pour l'accueil de nouveaux publics :

« être un usager n'est pas un statut, ni même une identité. C'est la rencontre d'un besoin impérieux socialement exprimé et d'un service exigible socialement construit »⁵⁶

2.2.1 Intégrer et développer la prise en compte de nouveaux publics dont l'accueil actuel n'est pas satisfaisant au sein d'une organisation existante dans un contexte de carence institutionnelle :

Reprenant les résultats de plusieurs enquêtes⁵⁷ menées auprès des professionnels intervenant dans le champ du handicap et des personnes âgées, j'ai constaté qu'en l'espace de 11 ans (1992 et 2003) les questions posées restent d'une cruelle actualité et que les réponses à apporter demeurent les mêmes. Toutefois le contexte législatif a évolué ainsi que les mentalités. J'ai donc réalisé une synthèse d'une enquête menée en 1992 par Pascale Rouvel⁵⁸, d'un document de travail de 2006 relatif au vieillissement et à la cessation d'activité des travailleurs handicapés en ESAT, d'un article de Judith Azema⁵⁹ et de divers entretiens réalisés auprès de divers professionnels ainsi qu'au cours de mes stages en IME et en foyer de vie. J'en suis arrivé à définir trois dimensions qui me semblent incontournables pour réussir l'intégration de ces nouveaux publics dans notre organisation.

⁵⁶ Michel Chauvière. Dr en sociologie, directeur de recherche au CNRS.

⁵⁷ P. Guyot La vieillesse des personnes handicapées, quelles politiques sociales ? CENERHI 1993
P. Rouvel les handicapés ont-ils une place dans le système médico-social français ? et G. Zribi
Elaboration de solutions pour les personnes handicapées vieillissantes.

⁵⁸ P. Rouvel les handicapés ont-ils une place dans le système médico-social français ? et G. Zribi
Elaboration de solutions pour les personnes handicapées vieillissantes.

⁵⁹ Le mensuel des maisons de retraite, handicapés vieillissants, quel rôle pour les EHPA ? n°91
mai 2005 pp9-13.

A) Une dimension centrée sur l'accompagnement :

L'accompagnement s'inscrit dans une relation à autrui dont l'objectif est de l'aider « à la restitution de ses espaces de choix, de décision et de pouvoir qui contribue à l'émergence de la personne en tant que sujet »⁶⁰ Mæva PAUL

Les moyens de l'accompagnement trouvent leurs sources dans les ressources mobilisables du sujet. La mobilisation de ces ressources doit donc tenir compte des capacités du sujet à mobiliser ses propres ressources et quelquefois même à les redécouvrir. L'accompagnement se définit à la fois comme une attitude de soutien et la capacité à assurer cette mission. Cette définition introduit la nécessaire formation des acteurs de l'accompagnement. Accompagner c'est être avec autrui, pour aller avec, aller vers et à son rythme. Ainsi, l'accompagnant peut-il interpréter plusieurs rôles dans le cadre de sa mission. Cette pluralité introduit la notion de polyvalence et de pluridisciplinarité. Ainsi l'accompagnement peut ne pas reposer que sur une relation duelle mais sur une relation multiple. Le concept d'accompagnement prend alors toute sa dimension et caractérise un ensemble de dispositifs qui assure un continuum de la prise en charge de la personne en évitant toute rupture brutale.

L'accompagnement est aussi stratégique et doit s'accommoder des contingences de l'environnement, il ne se décrète pas, il s'invente au fur et à mesure.

Nous le remarquons, l'accompagnement nécessite la **connaissance** du public accueilli mais aussi un **savoir faire** certain, notamment sur le plan technique. Des études ont mis en évidence l'intérêt des activités occupationnelles et d'entraînement cognitif pour les personnes atteintes de démence⁶¹. La compensation des pertes liées à la dépendance nécessite des soins dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Un grand **savoir être** est nécessaire puisque l'accompagnement s'adresse à des personnes et s'articule autour d'une relation.

Tout comme la personne, l'accompagnement est singulier et ne s'accommode pas d'une « prescription à large spectre », c'est là, tout l'intérêt de mettre en œuvre les outils que la loi 2002-2 met à notre disposition avec le projet de vie individualisé. Mais l'évaluation multidimensionnelle est encore à développer car il existe de fortes disparités entre les deux publics⁶² (personnes âgées : GIR 1 = APA = 3 heures, personnes handicapées : PCH = 12 heures). C'est vers cette dimension de l'accompagnement qu'il me faut conduire également l'équipe des professionnels qui m'accompagne.

⁶⁰ Mæva PAUL Chargée d'enseignement à l'université de Nantes.

⁶¹ La lettre mensuelle de l'année gérontologique- n° 174- avril 2007-pp 2 et 4.

⁶² Quelles structures pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes ? M. Jamot et D. Causse - FHF- 8juin 2006.

B) Une dimension spécifique de l'accompagnement :

L'article de Judith Azema fait état de diverses expériences réalisées dans des établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées pour faire face à la nouvelle problématique posée par le vieillissement. Il met bien en évidence la nécessité de la prise en compte de la spécificité des différents publics accueillis.

a) *Concernant le public handicapé mental âgé ;*

Les professionnels rapportent les incidences d'un vécu souvent institutionnalisé voire sur-protecteur, ayant engendré une relation de dépendance affective très tôt dans une culture d'accompagnement éducatif⁶³. La volonté des parents des personnes en situation de handicap et leur mobilisation à développer des moyens pour prendre en charge les difficultés qui y sont liées conduisent ceux-ci à des attitudes paradoxales. En effet, ils adoptent une attitude sur-protectrice doublée d'un sentiment de culpabilité qui rend les relations avec les professionnels parfois assez délicates sur le plan des orientations et des décisions à prendre dont on ne sait plus à un moment de quel usager il serait question.

Cette relation trouble toutefois l'objectivité d'un certain nombre, créant même une certaine ambivalence dans les choix qui sont faits⁶⁴. Ils craignent, dans le cas d'une cohabitation avec les personnes âgées, un retour en arrière avec une indifférenciation des publics et un renoncement de toute une vie d'effort de socialisation.

Une majorité cependant se prononce pour une orientation spécifique pour les plus fatigués et les plus âgés. Mais leurs avis sont mitigés quant au maintien dans le lieu de vie habituel ou le transfert vers une autre institution. Ces avis s'appuient sur les capacités que les institutions sont en mesure de développer pour assumer les conséquences du vieillissement assorti du handicap mental. Il est rapporté dans tous les entretiens et les lectures que j'ai menées, la question de l'écart d'âge avec la population âgée ordinaire qui ne permet pas les mêmes activités. La notion du rapport au temps est également souvent rapportée comme un élément nécessitant un aménagement des activités de la vie quotidienne en terme de rythme et d'horaires.

Ainsi seront préconisées, la modification de l'organisation interne du lieu de vie, l'utilisation de structures existantes ou la création d'unités spécifiques. Je n'ai donc pas rencontré de positionnement tranché pour ou contre telle ou telle autre solution, entendu qu'il convient d'apporter des réponses individualisées en passant « du prêt à porter au sur mesure ». Toutefois, comme pour les personnes âgées dites ordinaires, la volonté de

⁶³ C'est à dire centrée sur l'apprentissage

⁶⁴ Marie-Jo Maerel décrit l'ambivalence des acteurs et des usagers au regard de leurs désirs, de leurs choix et des réponses apportées en s'appuyant surtout sur l'hébergement temporaire.

rester dans le lieu de vie habituel (domicile, foyer de vie ou autre) est aussi manifeste.

b) Concernant le public âgé atteint de DTA ;

Longtemps accompagnée par sa famille, à domicile, la personne atteinte de maladie d'Alzheimer est relativement jeune au regard de l'âge moyen des personnes résidentes à l'EHPAD. Leur difficulté à encoder des informations récentes diminue beaucoup les facultés d'adaptation dans un nouveau milieu qui ne doit pas être hostile. Ce sont des personnes ayant souvent beaucoup d'autonomie physique, assortie de nombreux moments de déambulation, contrairement aux autres personnes âgées hébergées en EHPAD. L'appréciation de la notion de risque est de moins en moins perceptible. Le risque de fugue est souvent présent, il est à ce jour un des critères de refus à l'admission dans l'établissement. Le nouveau cadre de vie devra offrir un environnement accueillant et sécurisé qui tient compte de ces risques. L'inactivité crée l'ennui et participe à la dégradation des facultés cognitives, leur entretien nécessite un accompagnement très individualisé qui demande beaucoup de temps et de patience de la part des professionnels. L'accompagnement portera aussi sur le maintien des repères spatiaux et temporels, et participera à canaliser l'hyperactivité de ces résidents. Cet accompagnement mérite un personnel particulièrement informé et formé.

c) Une cohabitation difficile mais possible :

Outre la spécificité que je viens d'aborder, la cohabitation permanente entre personnes âgées, personnes handicapées mentales âgées et personnes atteintes de troubles démentiels demeure difficile car elle crée un sentiment d'insécurité lié à la perception même de l'expression de ces différences. Cela génère dans tous les cas de l'anxiété qui produit des attitudes de rejet défensif et parfois même de l'agressivité.

Le vieillissement des personnes handicapées mentales conduit à une espérance de vie autour de 70 ans. Celle des personnes dites ordinaires dépasse 85 ans. L'entrée en institution des personnes démentes se situe entre 65 et 80 ans. La moyenne d'âge dans l'établissement étant de 86.5 ans, il y aura toujours un écart d'âge significatif entre ces populations pouvant aller jusqu'à une génération. Cette notion de différence générationnelle sera à prendre en compte dans l'individualisation du projet de vie.

La cohabitation sera à envisager dans le cadre d'échange et de participation à des activités ponctuelles pour maintenir le lien social. Les personnes handicapées mentales s'accommodant plus facilement de la vie collective participeraient à la dynamisation de l'établissement.

Les familles souhaitent davantage l'homogénéisation des publics. Cela s'inscrit à la fois dans la mémoire du secteur du handicap encore aujourd'hui très spécifique et à la fois dans un processus de recherche d'une qualité et d'une attente spécifique de la prise en charge. La personne handicapée mentale n'est pas une personne démente et vice versa.

Selon un rapport de la Fondation de France⁶⁵, « *il nous apparaît que la cohabitation peut être pratiquée sans dommage pour les uns ou les autres à condition que des précautions institutionnelles soient envisagées* ». Ces précautions relèvent pour ma part du sens que l'on donne au projet de vie des personnes accueillies. L'élaboration du projet de vie s'orientera dans les deux cas vers une logique d'adaptation de l'établissement à la personne et non l'inverse. De même, l'URIOPS (Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux) du Nord Pas de Calais préconisait en 1999 que « *la cohabitation ne remette pas en cause l'équilibre institutionnel et qu'elle soit conçue de façon supportable et enrichissante tant pour les personnes handicapées que pour les personnes âgées* ». De ce fait j'envisage la cohabitation dans le cadre d'un accompagnement individualisé au sein d'unités d'hébergement spécifiques appartenant et attenantes à l'EHPAD existant.

C) Une dimension qui prend en compte les aidants ;

Je limiterai, dans cet exposé succinct, la qualité d'aidant à l'entourage proche de la personne âgée. Ce sont les personnes qui font partie du réseau primaire de liens très informels basés sur l'entraide, la solidarité et la filiation. Les aidants les plus nombreux sont les familles⁶⁶. Pour les personnes handicapées mentales, il s'agit essentiellement des parents, la mère souvent veuve, voir la fratrie. Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il s'agit du conjoint, souvent la femme, et lorsqu'il y a veuvage, il s'agit des enfants ou du voisinage.

L'absence de véritable choix, de préparation aux situations d'urgence ou de crise, le sentiment d'abandon produit chez eux un sentiment d'inquiétude sur l'avenir, de culpabilité et de découragement.

L'accompagnement que réalisent ces aidants s'est beaucoup développé avec le soutien des politiques publiques du maintien à domicile⁶⁷. Cependant, il arrive que les moyens mis en œuvre trouvent quelquefois leurs limites. Je suis malheureusement confronté à ne pouvoir offrir qu'une seule alternative à ces limites ; l'hébergement durable.

Certains pays (Allemagne, Grande Bretagne, Suède, Canada , Australie et Japon) ont pris la dimension de la prise en charge de la dépendance et y ont inscrit l'aide aux aidants comme un principe éthique et économique. En France des expérimentations encouragées par des associations⁶⁸ ont démontré le bien fondé d'accéder au droit au répit pour les

⁶⁵ Étude sur le concept de cohabitation personnes âgées et personnes handicapées, février 1994

⁶⁶ Les personnes handicapées vieillissantes – l'Harmattan 2001 p191 « A Villez. La moitié des 77 % des personnes âgées dépendantes ».

⁶⁷ Décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées dans l'article L129 du code du travail

⁶⁸ ASH - 10 novembre 2006 n° 2477-2478 pp 39-40

aidants. Ce répit est organisé dans le cadre d'une dynamique de prise en charge entre domicile et établissement alternant des possibilités d'accueil temporaire et d'accueil de jour. D'autres hypothèses sont aujourd'hui avancées comme l'accueil de nuit et l'accueil itinérant.

2.3 Revisiter le projet d'établissement pour se repositionner :

*« Le changement ne peut se comprendre que comme un processus de création collective à travers lequel les membres d'une collectivité donnée apprennent ensemble, c'est à dire inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit »*⁶⁹. Le repositionnement s'inscrit alors dans un processus et non comme une rupture et un certain nombre de conditions préalables est nécessaire.

2.3.1 Sur le plan des publics nouveaux à accueillir :

Le projet d'établissement devra intégrer la spécificité des publics émergents.

Le regard porté sur la personne âgée sera orienté vers le maintien ou le développement des capacités qu'elle avait auparavant. La personne atteinte de démence type Alzheimer ou apparentée et sa famille pourront prétendre à un accompagnement plus spécifique aux moyens adaptés.

Le regard porté sur la personne handicapée mentale sera orienté vers ce qui peut progresser davantage que vers ce qui fait défaut. Il tiendra compte de la spécificité de son histoire empreinte d'un accompagnement permanent qu'il soit institutionnel ou familial. Cet accompagnement ayant été souvent sur-protecteur, la personne en situation de handicap s'est longtemps trouvée en « mal d'identité ». Le projet prendra en compte non pas le handicap surajouté découlant du vieillissement mais bien des personnes déficientes intellectuelles subissant le vieillissement. Le projet intégrera les modifications physiologiques en adaptant les rythmes de vie dans les activités.

Le projet favorisera la coexistence des diverses populations accueillies au sein de l'ensemble de la structure au delà de la spécificité des accompagnements.

La finalité de ce projet consiste à redéfinir la nature de la mission que l'organisation sera en mesure de proposer au regard d'une requalification du public à accueillir. Le vieillissement d'une personne à l'autre est singulier. Il affecte différemment les individus et c'est cette différence qui doit conduire à une approche spécifique de l'accompagnement. La diversité des publics oblige à une diversité des réponses. La nature singulière de chaque individu nourrira le projet de vie individualisé qui sera élaboré pour chaque personne accueillie.

L'incidence de ces nouveaux publics portera également sur l'analyse des risques

⁶⁹ M CROZIER. L'acteur et le système.

inhérents à la nature même de leurs problématiques en terme de responsabilités. Le risque zéro n'existant pas, l'élaboration des contrats de séjours apportera une réponse juridique aux modalités d'accompagnement qui seront proposées.

2.3.2 Vers une diversification de l'offre d'accueil :

Le projet d'établissement s'ouvrira aux dispositifs de maintien au domicile pour faciliter le transfert d'une logique de placement à celui d'une logique d'accompagnement des personnes devenues âgées et dépendantes. Cette démarche implique qu'à un moment donné, des limites puissent être atteintes à domicile, tant sur le plan technique, le plan humain que sur le plan financier. L'évaluation précoce de ces limites, mise en œuvre au domicile et en amont des situations d'urgence ou de crise, autorisera un continuum et un véritable accompagnement adapté aux besoins des personnes. La notion de rupture en serait fort atténuée, d'autant que dans cette dynamique, rien ne semble figé et tout autorise à des allers et retours sur des modes d'accompagnement différents selon le moment. Cette nouvelle approche conduit à la diversification de l'offre d'accueil. Elle se décline autant sur les modalités que sur la nature de l'accueil. L'établissement pourra proposer plusieurs types d'accueil temporaire⁷⁰. L'hébergement dit durable n'existe pas en tant que tel puisque l'usager dispose du libre choix de son lieu de vie, mais il se différenciera des nouvelles modalités d'accueil, en cela qu'il s'inscrira plus de façon ponctuelle que dans la durée. Plus qu'une étape vers un hébergement définitif, cette diversification de l'offre d'accueil se présente alors comme un outil pour le maintien à domicile et une alternative empreinte de réciprocité.

L'accueil de jour permettra l'accueil pour une ou plusieurs journées voir demi-journées de personnes vivant à domicile. Il répond aussi aux personnes en institution dont le transfert peut être bénéfique en terme « d'échappement » à un rituel de prise en charge collective. L'objectif est de permettre le maintien de l'autonomie et préserver l'accompagnement à domicile. Dans le même esprit, l'hébergement temporaire s'adressera à un public dont la prise en charge comprend l'hébergement mais également sur des périodes de courte durée. Il répond davantage à des situations de crise, d'absence des aidants, ou d'impossibilités matérielles. Cependant il doit être en premier lieu l'outil majeur du maintien à domicile et peut constituer une étape à une future admission en dédramatisant celle-ci. Au delà de la forme, l'accueil pourra être révisé sur le fond dans le cadre d'une ouverture à l'accueil des nouveaux publics âgés.

2.3.3 Un projet qui induit des aspects techniques importants :

La structure architecturale actuelle nécessite elle-même des travaux de mise aux normes

⁷⁰ décret n°2004-231 du 17 mars 2004

de confort et ne répond pas à toutes les caractéristiques nouvelles d'un tel projet. Il sera donc nécessaire, pour sa réalisation, d'envisager la construction de nouveaux bâtiments que l'emprise foncière dont dispose la résidence permet. La conception respectera à la fois les normes de sécurité en matière de construction (normes type J)⁷¹ et les recommandations préconisées par les autorités de contrôle et de tarification⁷². Toutefois un certain nombre d'acteurs impliqués également dans cette problématique ont fait des préconisations et des expérimentations dont il faut tirer le meilleur parti.

Ces acteurs sont représentés par des associations confrontés aux mêmes réalités mais aussi à certains laboratoires pharmaceutiques⁷³. Ces derniers jouissent de pôles de développement et de recherche qui constituent des éléments essentiels d'une démarche stratégique pour une entreprise. L'entreprise sociale ne doit pas faire l'économie de leurs apports en les considérant comme des partenaires.

Les améliorations recherchées sur le plan technique architectural et environnemental seront optimisées en associant les compétences de ces acteurs. Cependant il n'existe pas de concept universel transposable à toutes les situations. Aussi, je rechercherai la solution qui, compte tenu de l'existant, s'inscrira au plus près du projet d'établissement que nous revisitons.

2.3.4 Impliquer le personnel dans la démarche d'ouverture à la mixité de l'accueil des populations âgées :

Reconnaître qu'il y a carence aujourd'hui, pour l'accueil de certains publics, peut être pour le personnel source d'insatisfaction. Cette insatisfaction pourrait se traduire à moyen terme par une démotivation si l'accompagnement d'un changement annoncé n'est pas conduit avec eux. Jean-René Loubat⁷⁴ rapporte d'ailleurs que *« les meilleures organisations et méthodologies du monde ne servent à rien sans la volonté des hommes qui les servent, tout comme les meilleures compétences sont gaspillées lorsqu'elles sont utilisées sans la moindre méthode »*. Cela, sous tend non seulement la participation du personnel mais également la mise en œuvre méthodologique du projet d'établissement. Ce dernier devra donc être revisité avec les acteurs institutionnels. Un travail de valorisation du travail social et en particulier gérontologique pourra être mené avec eux car ces métiers souffrent d'un déficit d'image auprès des nouveaux acteurs potentiels. Le choix du métier pourra alors être motivé par une réelle connaissance de celui-ci plus que

⁷¹ Arrêté du 19 novembre 2001 relatif aux dispositions particulières concernant les structures pour personnes âgées et handicapées.

⁷² Note Mias : Adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une amélioration de la qualité de la vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle-1999.

⁷³ Laboratoire Eisai, Novartis

⁷⁴ Penser le management en action sociale et médico-sociale. p184.

par l'opportunité d'employabilité que représente aujourd'hui ce secteur.

J'envisagerai d'élargir les champs de compétences à des métiers encore inconnus dans notre secteur. Si les Aides Médico-Psychologiques (AMP) font maintenant partie du paysage administratif de la gérontologie, sur le terrain ils sont encore trop peu nombreux et rivalisent avec les aides-soignants profondément inscrits dans l'accompagnement médicalisé. En accueillant de nouveaux publics dont l'accompagnement était jusqu'alors insatisfaisant ou impossible, de nouveaux métiers vont donc être nécessaires. De nouveaux métiers qui prennent aussi en compte l'écoute, le développement de l'autre, la psychologie, la dimension sociale sur un mode éducatif plus que palliatif. Ces métiers appartenaient au secteur du handicap, un décloisonnement des professions d'éducateurs, de moniteur éducateur, d'AMP, d'animateurs, ne peut être que constructif. La réussite du mixage des compétences dépendra du « dosage » des diverses parties, soins, éducation, animation, confort. Ce mixage saura générer la pluridisciplinarité et elle permettra l'amélioration de la complémentarité des actions au bénéfice des usagers. La gestion des compétences doit éviter l'accumulation et la juxtaposition de celles-ci mais contribuer à la conjugaison d'un ensemble cohérent au sein d'un projet fédérateur.

L'articulation de ces enjeux devrait permettre à chacun des salariés d'y trouver un intérêt et de s'approprier un espace que B. Breard et P. Pastor⁷⁵ définissent comme « *la zone d'adéquation* ». Ces auteurs décrivent également les facteurs qui contribuent à la mise en adéquation des intérêts des deux parties (salariés, direction). Il s'agit pour le directeur, de veiller au maintien d'une large zone d'adéquation qui favorise l'implication et l'engagement des acteurs. C'est ainsi que l'accent portera sur le respect, la transparence et l'humanité de celui qui dirige. Entre autres facteurs, le partage de valeurs et de cultures, assorti d'une communication de qualité sont des atouts. Dans ces conditions, ce qui pourrait être vécu comme une contrainte serait mieux accepté. La diversification des publics et des modes d'accueil constituent un changement important des orientations structurelles de l'établissement. Le changement constitue alors une modification dans l'organisation et représente une contrainte plus ou moins importante selon les individus et selon leurs aspirations. Ce changement peut aussi être souhaité parce qu'il est source de nouveauté. Il faut pouvoir donner aux collaborateurs, de même qu'on le fait pour les usagers dans le cadre de la loi du 02 janvier 2002, la possibilité « *d'utiliser l'entreprise comme le théâtre de sa réalisation personnelle* ». en ce sens, je rejoins l'idée qu'ont développée Michel Crozier et Erhard Friedberg⁷⁶ relative à l'exercice du pouvoir qui ouvre le champ de la négociation à chacun des acteurs.

Le changement devra porter également sur la mise en adéquation des ratios

⁷⁵ Les treize savoirs clés du manager.

⁷⁶ L'acteur et le système. le seuil. 1977

d'accompagnement des usagers qui selon de nombreuses préconisations et en particulier les rapports du conseil économique et social de la région Nord Pas de Calais et du sénateur Paul Blanc suggère un ratio de 0.8 à 1. L'adaptation des qualifications des personnels au regard des nouvelles populations accueillies sera un enjeu important.

2.3.5 Favoriser le partenariat pour une synergie des acteurs :

L'établissement fait partie d'un environnement en mouvement. Il est une organisation au sein d'un système dont les interactions produisent des effets sur son propre fonctionnement. Comment mieux connaître cette population et anticiper sur une situation qui se présente aujourd'hui comme conjoncturelle avant qu'elle ne devienne structurelle ?

L'amélioration de l'accueil passe par une meilleure connaissance à la fois du public, mais aussi des structures et des organisations qui participent aussi à cette mission. De fait, l'intégration de l'établissement dans ce système produit des liens qu'il convient d'alimenter, de renforcer et de pérenniser. Ainsi s'élabore un réseau d'acteurs constitué d'usagers, de leurs représentants, des administrations et des professionnels. Le renforcement des liens dans certains cas peut être matérialisé par l'élaboration de convention de partenariat.

L'objectif en terme d'utilité d'un tel réseau est de faire reconnaître notre propre organisation dans ce système, d'aider à l'orientation des publics et à leur accompagnement ainsi que de participer à la recherche et au développement d'actions relatives aux problématiques naissantes.

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 facilitent cette inscription dans un réseau par la création respective des CLIC⁷⁷ et des MDPH. Elles mettent à disposition des outils tels que les COM⁷⁸ (Contrats d'Objectifs et de Moyens) et les GCSMS⁷⁹ (Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale). Le premier permet aux opérateurs de fixer des objectifs que les financeurs acceptent de financer, contractualisant une obligation de résultats. Cette disposition est déjà en œuvre dans les EHPAD depuis 2001 sous la forme de convention tripartite quinquennale. Le second autorise le regroupement d'associations ou de services à vocation sociale ou médico-sociale dans un cadre réglementaire précis. Il vise à la mutualisation de moyens pour optimiser les ressources de chaque opérateur ainsi que de réaliser des économies d'échelle dans un secteur devenu légitimement redevable du rapport qualité/prix de ses prestations.

⁷⁷ le CLIC se décline sur 3 niveaux de fonctionnement allant par ordre croissant de l'accueil à l'information, à la coordination, à l'évaluation et au suivi des problématiques liées aux personnes âgées.

⁷⁸ Article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles. Loi du 2 janvier 2002 article 36.

⁷⁹ décret du 6 avril 2006 loi du 11 février 2005

Je remarque dans ces dernières dispositions réglementaires une traduction non seulement d'une transversalité d'action des acteurs mais aussi la convergence naissante d'une politique d'accompagnement de la dépendance avec des moyens encore sectorisés mais dont les missions se superposent.

Le projet que j'envisage de mener n'en sera que facilité par ces orientations politiques.

2.4 La nécessité d'un choix stratégique :

« la stratégie doit permettre d'innover et /ou à occuper de nouveaux marchés »⁸⁰

Le repositionnement ayant permis de redéfinir des objectifs pour l'établissement, il apparaît nécessaire de l'évaluer sur un plan stratégique.

2.4.1 Le questionnement, prémisse d'une orientation stratégique :

Le choix stratégique s'opère au regard des nombreuses questions relatives à l'émergence de ces nouvelles populations, je propose donc de n'en citer que les plus déterminantes.

- La maladie, les symptômes de la maladie d'Alzheimer sont connus mais nos moyens sont-ils suffisants pour y répondre ?
- Quelles sont les demandes actuelles non satisfaites d'entrée en établissement ?
- Faut-il établir une limitation de l'accueil des personnes atteintes de DTA ?
- L'évolution de la dépendance diminuera entre 60 et 80 ans, quel avenir pour l'établissement si sa spécialité est celle des grabataires ?
- Faut-il accepter de nouveaux publics ?
- Pouvons-nous accueillir ce public sans changement sinon quelles en sont les contraintes ?
- Si on renonce à cette hypothèse, où ce public ira-t-il ?
- Quelle sera l'impact sur l'établissement des orientations prises ?
- Comment alimenter la motivation du personnel en renonçant à la nouveauté ?
- D'autres que nous, sont-ils capables de le faire, ou l'ont ils déjà fait ? En quoi ceux là seraient-ils si différents de nous ?

2.4.2 Plus d'opportunités que de menaces :

Je me suis saisi d'un certain nombre d'opportunités relatives à ces problématiques dont je retiendrai essentiellement :

Les préconisations émises dans le rapport du sénateur des Pyrénées orientales de Paul Blanc remis à Philippe Bas le 11 juillet 2006 intitulé *« une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes ; un nouveau défi pour leur prise en charge »*. Elles

⁸⁰ A. Martinet . Handicap et vieillissement. p.36, Editions INSERM 1996

concernent ;

- l'augmentation des taux d'encadrement dans les établissements pour personnes âgées.
- L'intérêt de donner un véritable sens à l'exercice du libre choix des usagers.
- Le développement de la formation, notamment en matière de lutte contre la maltraitance
- Le développement de petites unités spécifiques adossées à des établissements pour personnes âgées
- L'élaboration d'un système d'évaluation unifié de la dépendance
- L'évolution des modes de financements sans barrière d'âge.

Les orientations stratégiques du schéma départemental du Nord, 2007-2011, volet personnes âgées et personnes handicapées, et les engagements dont la convergence est relative à ;

- L'amélioration de la connaissance des besoins et des attentes de toutes les personnes âgées,
- L'adaptation de solutions adaptées aux populations spécifiques
- La recherche de solutions intermédiaires au maintien à domicile (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil familial,...)
- Au développement des solutions de proximité
- La prévention de la maltraitance
- L'incitation au développement de groupements de coopération économiques entre établissements sociaux et médico-sociaux

L'analyse des PRIAC (PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie), à l'échelon national⁸¹, a mis en évidence un retard dans la programmation des accueils de jours et temporaires, une mauvaise répartition selon les régions des propositions de places ainsi qu'une forte progression de la pression de la demande pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Sur le plan régional, il priorise les actions de création, d'extension ou de transformation pour l'amélioration en terme d'adaptation de l'offre en respectant une répartition territoriale équitable. Ainsi, il favorise les projets de création d'accueil de jour autonome ou rattaché à un établissement. Le caractère transposable est un atout qu'il souligne.

Le rapport du Conseil Economique et Social Régional du Nord-Pas de Calais, séance

⁸¹ FNADEPA lettre mensuelle n°162 - Août 2007

plénière du 18 octobre 2005 relatif à l'hébergement collectif des personnes âgées françaises en zone frontalière belge rapportée par A. Ducatteau. qui préconise ;

- la diversification des modes d'accueil
- la création d'unités spécifiques

Un rapport de l'URIOPS⁸² préconisait déjà en 1999 en terme de solution au vieillissement de la population handicapée, que les projets institutionnels évitent « *la prise en charge institutionnelle de la naissance à la mort* » afin de prévenir d'un effet de ghettoïsation et d'exclusion.

J'émettrai cependant quelques réserves sur le fait que

- l'ouverture à la concurrence, la limitation des financements publics constituent des menaces quant à l'aboutissement du projet en terme de répartition territoriale
- La convergence des politiques des personnes âgées et des personnes handicapées est une notion administrative récente qui se traduit difficilement sur le terrain.
- Bien des obstacles de l'ordre du sectarisme ne sont pas encore tombés.

2.4.3 Des points forts et des points faibles :

La résidence dispose d'atouts par son inscription dans un réseau gérontologique important liant des partenariats avec les différents acteurs. Cependant, elle n'est pas concrètement inscrite dans le réseau des personnes handicapées. Ces relations seront à développer. Le projet est en cours, son délai d'instruction puis de réalisation peuvent être utilisés pour renforcer ce réseau.

Si l'offre d'accueil n'est pas disponible actuellement autant en interne qu'en externe, la demande existe. Si la réponse est aménagée, elle ne fera que renforcer la demande vers la résidence. L'établissement est encore jeune et dispose de ressources mobilisatrices.

Le positionnement de la FCEs au regard de ses valeurs de solidarité inscrit l'intergénération dans sa politique de maintien à domicile en en diversifiant les modalités d'accueil et en participant à l'intégration dans le milieu ordinaire et à la lutte contre les exclusions de toutes natures. Il intègre ces préconisations dans son développement stratégique de restructuration par pôle.

2.4.4 Un choix stratégique :

L'analyse du questionnaire, la mesure des opportunités et des points forts au regard des menaces et des faiblesses relatifs à la problématique d'accueil de nouveaux publics émergents, que sont les personnes handicapées mentales âgées et les personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle, conduit à l'hypothèse d'une action

⁸² Vivre et vieillir quelque soit son handicap - URIOPS Nord Pas de calais-mai 1999

permettant leur intégration dans l'EHPAD existant. En tant que directeur, ma stratégie s'appuie sur une démarche de différenciation des publics avec diversification de la filière d'accueil dans un contexte environnemental à la fois de décroisement et de convergence des politiques publiques à l'égard des personnes devenant âgées. Cette stratégie s'appuie selon l'arc stratégique développé par Jean-Marie Miramon⁸³ sur le projet d'établissement et sa gestion (Annexe VI). Elle portera sur le développement des réponses à apporter à ces publics, alliant, individualisation et spécificité, transversalité et pluridisciplinarité.

2.5 Conclusion de la deuxième partie :

La notion de public émergent se définit clairement au regard du public existant. L'émergence tient de leurs spécificités à laquelle les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes. Les enjeux démographiques tant quantitatifs que qualitatifs, mettent en évidence des besoins qui n'ont été pris en compte que partiellement. Les réponses apportées permettront le décroisement existant entre les secteurs personnes âgées et personnes handicapées au bénéfice d'un concept relatif à la prise en charge de la dépendance. L'accompagnement de la dépendance doit tendre vers une individualisation et assurer un continuum entre le domicile et l'institution. La reconstruction du projet d'établissement porte sur la cohabitation des nouveaux publics, l'implication des personnels et l'introduction de nouvelles prestations. Cette opportunité remet en question l'organisation existante. Le changement qu'elle augure obligera à évaluer les compétences et à adopter un management participatif où chacun doit pouvoir s'inscrire dans le projet. L'actualité des récents rapports fait état de l'urgence d'une mobilisation tant politique que technique. Le nouveau projet de l'établissement est en parfaite adéquation avec les orientations du nouveau schéma départemental et les besoins locaux, tant vers le public que vers les modalités d'accueil. La mise en œuvre du projet permet la réalisation des aspirations conjuguées de l'établissement, de la Fondation, du Département, de la Région et de l'Etat au bénéfice de populations identifiées comme n'ayant actuellement pas un véritable droit à l'exercice du libre choix par défaut. L'ouverture à la concurrence des services à la personne autorise des comparaisons au bénéfice d'une recherche d'amélioration de la qualité des prestations.

En cela je préconise de revoir notre organisation et d'ouvrir nos prestations à davantage de personnes dont l'avancée en âge produit une dépendance dont l'accompagnement doit être personnalisé au sein d'une structure forte d'une expérience en gérontologie.

⁸³ « l'arc stratégique est symbolisé par la mise en tension d'une corde où se répartissent le projet et la gestion permettant à la flèche de la stratégie de s'élancer vers la cible » Manager le changement, Editions ENSP 1996.p 64

3 La mise en œuvre d'un projet d'accueil multi-modal⁸⁴ :

3.1 L'adoption d'un concept nouveau à l'EHPAD Pierre Wautriche:

« L'accès à tout pour tous »

C'est ainsi que je résumerai la réglementation actuelle qui conduit à ce que chaque personne ne puisse être laissée sur le bord du chemin. Toute personne est usager potentiel des réponses solidaires apportées à ses propres problématiques. Il m'appartient, compte tenu de la connaissance d'une population émergente au sein de l'EHPAD Pierre WAUTRICHE que je dirige, d'élaborer un concept d'accès multi-modal répondant à la convergence de la prise en compte de la dépendance pour toutes les personnes devenant âgées.

Je propose donc, compte tenu des exposés précédents, de substituer au concept de dispositif unique d'accueil permanent, un dispositif permanent d'accueil mixte⁸⁵ multi-modal au sein de l'EHPAD Pierre Wautriche.

3.2 La restructuration de l'EHPAD en un complexe d'accueil multi-population âgée :

3.2.1 La constitution d'un dossier de demande d'autorisation d'extension d'activité :

J'envisage la restructuration de l'EHPAD par juxtaposition d'annexes spécifiques à l'accueil des nouveaux publics. Compte tenu de l'importance du nombre de personnes présentant une détérioration intellectuelle, j'envisage une restructuration par redéploiement d'une partie de l'activité actuelle vers les nouvelles unités à créer, (des travaux de mise aux normes de confort étant à prévoir pour aménager les chambres et supprimer les quelques chambres doubles), diversification et création de places complémentaires. Comme le nombre total de places nouvelles, à l'issue de la réalisation, est supérieur à 15 places et représente plus de 30% de la capacité actuelle, une demande d'autorisation d'extension et de création de nouvelles places d'accueil est nécessaire auprès du CROSM⁸⁶. La loi du 2 janvier 2002⁸⁷ impose des règles précises pour le dépôt du dossier dont la constitution comprend des pièces illustrant et garantissant la faisabilité du projet. Celui-ci doit être déposé à des périodes appelées

⁸⁴ J'entends par multi-modal, « qui présente plusieurs types d'accueils ».

⁸⁵ La mixité tient à l'accueil de personnes âgées « ordinaires » handicapées mentales et/ou atteintes de démence alzheimer.

⁸⁶ Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

⁸⁷ Code de l'action sociale et des familles Article L 313-1 décret n° 1135 du 26 novembre 2003.

« fenêtres » au delà desquelles il n'est pas recevable. L'autorité compétente est représentée conjointement par le Président du Conseil Général et le Préfet. A réception du dossier déclaré complet, dans un délai de 6 mois, après avis des membres du CROSMS, un avis favorable peut être notifié. A défaut, il m'appartiendra d'y être attentif pour un recours éventuel. Dans le cas d'une décision favorable, je disposerai de trois ans pour mettre en œuvre le projet et serai soumis à une visite de conformité dont les règles sont fixées par décret⁸⁸. L'autorisation ainsi accordée sera valable pour quinze ans et soumise aux évaluations internes et externes⁸⁹. Les éléments constitutifs du dossier reprendront l'argumentaire de ce mémoire et expliciteront la création de lieux de vie spécifiques à chacun des publics émergents.

Mon rôle sera de mener à bien les orientations de la Fondation, en préparant ce dossier en collaboration avec le directeur de pôle. J'envisage de le soutenir auprès des autorités administratives respectives.

3.2.2 La création d'un lieu de vie pour personnes atteintes de DTA :

Je me suis bien aperçu que l'accueil non spécifique des personnes atteintes de DTA générerait des difficultés de prise en charge au sein d'une population hétérogène, aussi j'adopte le choix de l'externalisation de la création de l'unité d'accueil spécifique pour ces résidents. La disponibilité foncière à proximité immédiate de la structure existante est une opportunité. D'autre part, compte tenu de l'aspect austère de la structure et de la difficulté particulière que représente la démarche des aidants pour passer le relais, il convient d'offrir un lieu plus accueillant. Je pense qu'une structure neuve sera en mesure d'intégrer ces paramètres de confort d'accueil comme élément qualitatif de première impression. D'autre part, sur le plan technique, l'existant structurel ne permet pas la réalisation envisagée car sa réhabilitation portera sur l'aménagement des chambres. Une création offre plus de facilités que la réhabilitation.

Sur le plan architectural, je propose une construction de plein pied avec un espace de vie central encadré par des chambres privatives, répondant aux normes de surface, dotées de sanitaires adaptés. Les espaces de soins sont attenants mais excentrés. Un espace de déambulation spécifique y sera aménagé et l'ensemble sera clos par un jardin paysager dont l'accès se fera de l'intérieur. Un soin particulier doit être apporté au choix des couleurs car elles recèlent des codes de conduites pour ces personnes et constituent des repères. Les couleurs foncées, synonymes d'interdits, seront utilisées vers des culs de sacs, les couleurs pastels invitent à s'y installer, elles embelliront utilement la salle d'activité centrale et le salon. Le soin porté à l'éclairage sera important, l'éclairage naturel

⁸⁸ Décret n°1336 du 26 novembre 2003

⁸⁹ Code de l'action sociale et des familles article L 312-8

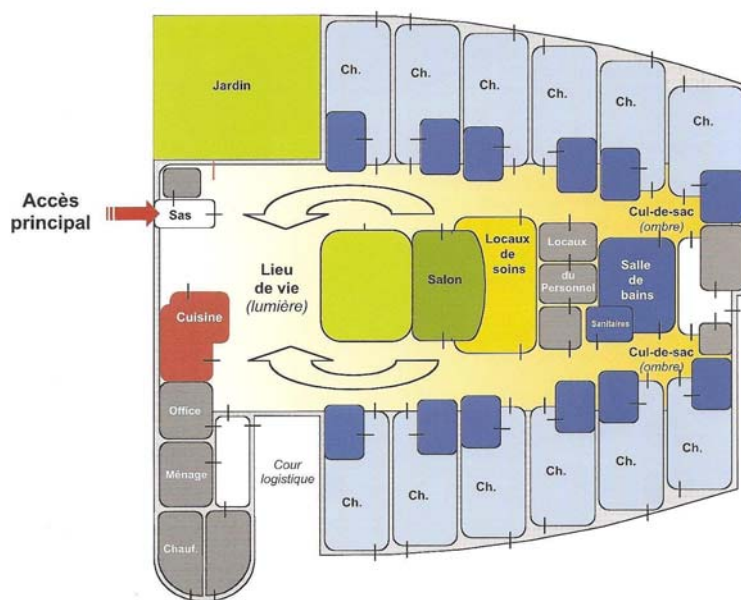
sera préconisé par des baies vitrées et des dômes sur le toit.

Le risque zéro n'existant pas, il convient d'envisager des accès sécurisés avec serrure à code et des fenêtres dont l'ouverture peut être contrôlée et limitée. L'aménagement sera soumis à l'obligation du respect d'une vision la plus large possible sur l'ensemble de l'espace pour faciliter une surveillance optimale.

Quelques pièces attenantes devront être adossées pour le cas d'un nécessaire isolement en cas de trouble du comportement. Des salles d'activité seront prévues et des locaux techniques (vestiaires, ménage, lingerie, chauffage) seront disposés en retrait.

Cette unité comportera un nombre de place limité pour un accompagnement le plus individualisé possible avec, en premier lieu, 10 places en hébergement permanent dont certaines résulteront du glissement de l'EHPAD vers l'unité. L'architecte sera maître d'œuvre, je garderai la maîtrise d'ouvrage durant toute la réalisation.

Je propose une unité inspirée du modèle ci dessous⁹⁰.



Un bâtiment n'étant qu'un lieu, il convient d'y créer un projet de vie propre à la prise en compte de la dépendance du public accueilli. Celui-ci sera élaboré par l'équipe pluridisciplinaire dont j'aborderai la constitution ultérieurement.

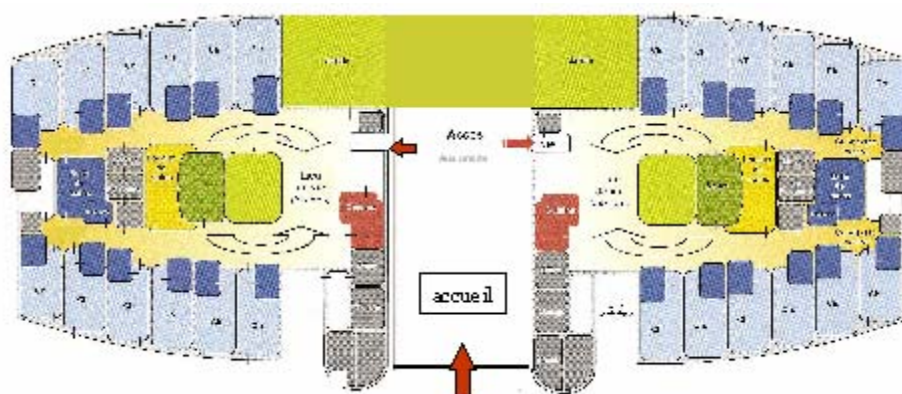
3.2.3 La création d'un lieu de vie pour personnes handicapées vieillissantes :

Durant mes recherches, les visites d'établissement, et les différentes lectures que j'ai parcourues, j'ai découvert que sur un plan proprement architectural, je pouvais envisager une unité similaire. Comme le terrain le permet, ces deux unités seront distinctes en terme de fonctionnement mais intégreront une seule et même construction. Cela présentera l'avantage d'une non discrimination des populations et une volonté

⁹⁰ exemple tiré de « structures d'accueil spécialisé Alzheimer » édité par Eisai 2003 p 118.

d'intégration au milieu ordinaire des personnes handicapées mentales. Les chambres bénéficieront des mêmes caractéristiques et encadreront l'espace de vie au sein duquel des locaux seront réservés aux diverses activités plus nombreuses. Le choix des couleurs sera davantage lié aux goûts des personnes qu'à une signalétique et les accès extérieurs seront sécurisés mais plus libres. La spécificité de l'unité résidera comme la précédente dans l'élaboration du projet de vie des résidents accueillis conformément au projet d'établissement. De ce fait il s'agit plus de l'usage qu'il sera fait des locaux, hors ceux de l'hébergement, que de leur structuration. C'est à l'équipe également pluridisciplinaire d'élaborer ces projets de vie, d'animation et de soins.

Ainsi, je propose de coupler l'unité à la précédente avec un accueil conjoint, un jardin attenant et fermé comme ci-dessous⁹¹.



Le nombre de places proposé est également de 10 en hébergement permanent.

3.2.4 L'adossement à l'EHPAD existant :

« le développement en Belgique d'établissements « mixtes », c'est à dire qui font co-exister, en complémentarité, dans la même structure plusieurs types d'accueil répondant à des besoins spécifiques différents, est un atout attractif pour ces établissements. »⁹²

La restructuration tient compte du contexte environnemental. Outre l'opportunité foncière, la résidence se situe en milieu urbain, à proximité du centre administratif régional et jouissant d'un vaste parking. L'implantation sur le site existant, en unité distincte mais appartenant à l'entité EHPAD, permet à la fois la spécificité et la mutualisation d'un certain nombre de moyens.

Cette implantation présente les avantages suivants. Tout d'abord, selon une approche psycho-sociale, elle permet d'apporter une réponse globale à la problématique du vieillissement et du maintien à domicile par la diversité de l'offre proposée sur un même

⁹¹ Elaboration personnalisée à partir du plan précédent.

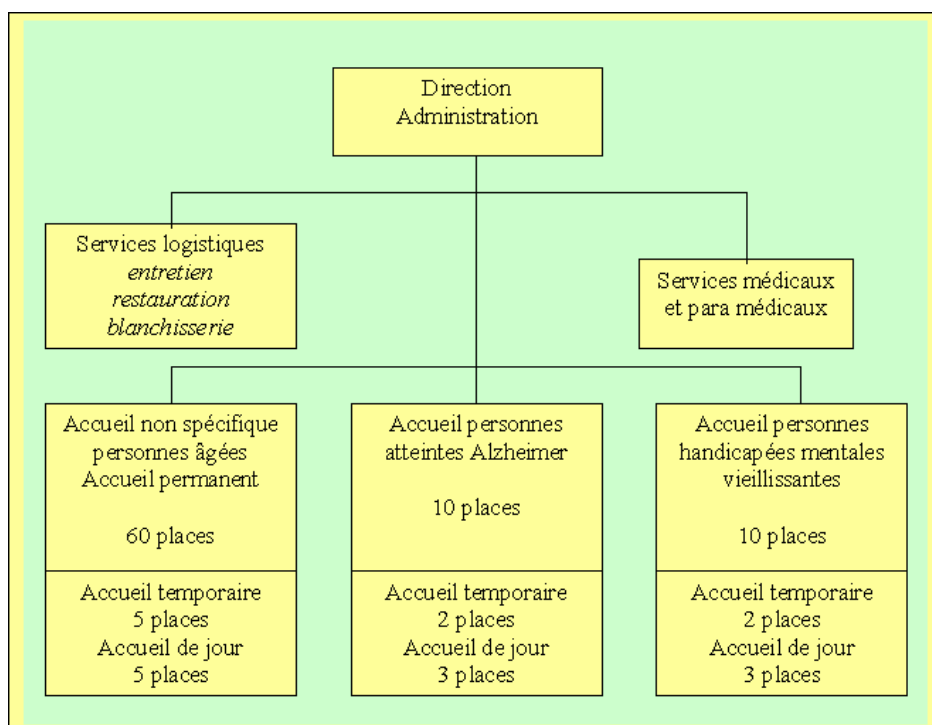
⁹² Conseil économique et social de la région du Nord Pas de Calais octobre 2005.

site. Elle autorise aussi des transferts de prise en charge d'une unité à l'autre en limitant la rupture et le dépaysement. La distinction des publics respecte la spécificité, la proximité des unités respecte la non discrimination et l'intégration.

Sur le plan des opportunités architecturales, la création des nouvelles unités autorise à repenser l'implantation de certains services. En l'occurrence, j'envisage le transfert de la blanchisserie de l'unité « mère » vers les nouvelles unités pour deux raisons. La première relève d'une réalité fonctionnelle car la blanchisserie actuelle est implantée sur deux niveaux dont un en sous-sol ce qui, en terme de conditions de travail, représente des allers et retours fatigants d'un niveau à l'autre. La seconde vient du fait qu'une implantation à proximité des unités de personnes atteintes de DAT et de personnes handicapées mentales âgées, peut être utilisée comme activité de maintien de l'autonomie par la participation des usagers à la collecte et à la redistribution de leur linge. Sur un plan économique, et dans le cadre du développement durable et de la haute qualité environnementale, le projet doit être pensé en utilisant les énergies renouvelables. A ce titre, les nouvelles unités pourraient jouir de nouvelles technologies comme les pompes à chaleur, les panneaux solaires et la récupération des eaux pluviales pour alimenter les toilettes et la blanchisserie.

En matière d'organisation et de management, la proximité des diverses unités facilite la mutualisation des moyens logistiques et de la technostructure. Ceux-ci ne seront pas affectés particulièrement à un service ou une unité mais utilisés selon leurs nécessités.

L'organigramme fonctionnel de la résidence se présente alors comme ci-dessous.



La mutualisation des services logistiques s'entend par la constitution d'un service logistique intégrant les personnels de service, d'entretien et de maintenance sans affectation particulière au sein de l'EHPAD multi-modal. Cela autorise une mobilité interne propice au développement personnel et à l'ouverture vers tous les publics.

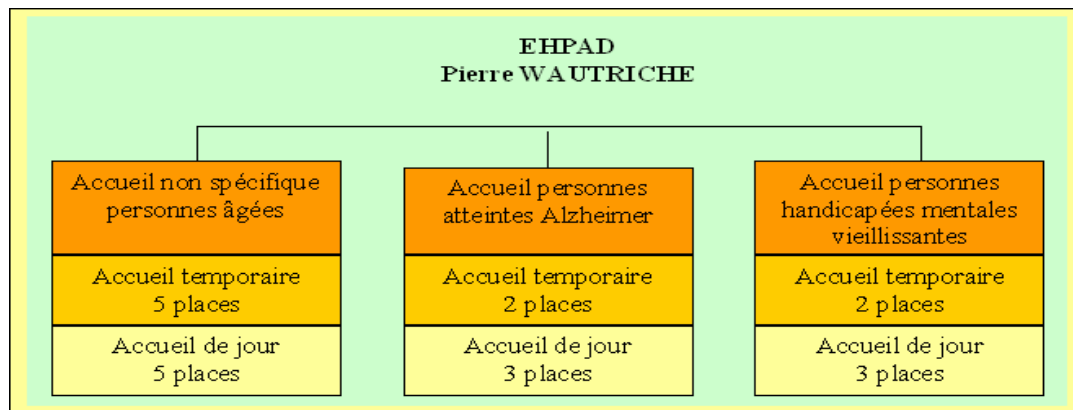
La technostucture est représentée d'une part, par l'administration qui est centralisée au sein de l'unité d'origine avec une décentralisation de l'accueil au sein des nouvelles unités. D'autre part, la médicalisation est mise au service de l'ensemble. Cela implique, pour les unités, un travail en collaboration, dont la clé est la pluridisciplinarité puisque ce pool médicalisé comprendra des disciplines complémentaires avec infirmier(e)s, kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien. Au sein des unités, interviendront auxiliaires de vie, aides-soignants, aides médico-psychologiques et moniteurs éducateurs. La transversalité ainsi opérée par le pool médicalisé facilitera par sa connaissance de toutes les particularités des publics des unités, l'affectation des nouveaux résidents ou leurs éventuels transferts pour un accompagnement le mieux adapté.

Une seule ombre au tableau cependant qu'il convient d'étudier encore est celui de la restauration. La confection des repas s'effectue aujourd'hui sur place. Je souhaite continuer cette formule à la fois pour des raisons de qualité mais également d'économie d'échelle. Aussi, je n'envisage pas la création d'une cuisine autre que thérapeutique dans les nouvelles unités, les repas y seront distribués, mais il me faudra prévoir le transport jusqu'à celle-ci dans des conditions d'hygiène et de sécurité optimales.

3.2.5 La diversification des modes d'accueil :

Outre la diversification du public accueilli, la restructuration s'appuie sur la diversification des modes d'accueil sur la base de l'accueil temporaire.

Le 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.132-1 et à l'article L.314-8 du code de l'action sociale et familiale, précise les conditions d'organisation de l'accueil temporaire. Cet accueil temporaire sera proposé tous les jours de la semaine pour des durées variables rentrant toutefois dans le cadre des périodes légalement acceptées (90 jours par an). Celui-ci peut être avec ou sans hébergement ; je choisis de proposer un hébergement temporaire et un accueil de jour. D'autre part, compte tenu de la spécificité des personnes à accueillir, je répartis ces modalités d'accueil dans les trois unités d'accueil projetées. selon l'organigramme ci-après :



L'hébergement temporaire se caractérise par la possibilité de séjourner comme les résidents permanents et de bénéficier des mêmes services que ces derniers mais pour une durée déterminée au préalable. Cette caractéristique rend différent le projet d'accueil car elle inscrit l'admission temporaire dans une démarche de maintien à domicile avec renforcement de la place de l'établissement dans un système d'accompagnement gradué de la personne âgée. Cet hébergement peut être programmé et organisé tout comme il peut se révéler répondre à des situations de crise (hospitalisation de l'aidant, besoin d'une rupture environnementale, ...). L'hébergement temporaire sera ouvert 7/7 jours et 365/365 jours. Je considère que la diversification des modalités d'accueil puisse s'appliquer à tous les profils de personnes accueillies. La répartition sera opérée selon un profil que le médecin coordonnateur aura préalablement établi. Aussi, je déploie les 9 places d'hébergement temporaire au sein des diverses unités respectivement 5 places au sein de l'unité non spécifique, 2 places au sein de l'unité pour personnes atteinte de DTA et 2 places également au sein de l'unité pour personnes handicapées mentales âgées.

L'accueil de jour est quant à lui une formule d'accueil à la journée, voir la demie-journée. Il s'adresse aux mêmes publics mais les indications sont davantage liées au soulagement des aidants. Cet accueil relève également du dispositif de maintien au domicile et le projet d'accueil doit en tenir compte. L'organisation de l'accueil de jour prendra en compte en premier lieu l'accès à l'établissement par la planification du transport des usagers vers l'unité d'accueil. La structure offrira des plages d'ouverture de 10h00 à 17h00 tous les jours y compris le week-end. La journée débutera par le ramassage par transport adapté jusqu'à 10h00, puis accueil à l'unité avec les autres pensionnaires, participation aux activités qui sont spécifiques au profil du résident accueilli. Vers 12h00 le repas est pris en commun avec les autres résidents, une sieste est possible dans le coin détente prévu et aménagé pour cela, vers 15h00 reprise des activités comprenant un goûter, puis retour vers 17h00. Cette large plage d'ouverture répond aux besoins des aidants. L'orientation vers l'unité spécifique sera, comme précédemment, prononcée par le médecin coordonnateur conformément aux recommandations figurant au schéma gériologique.

Comme pour l'hébergement temporaire, je préconise en accueil de jour, 5 places au sein de l'unité non spécifique, 3 places au sein de l'unité pour personnes atteinte de DTA et 3 places également au sein de l'unité pour personnes handicapées mentales âgées, pour un total de 11 places.

Quelque soit le type d'accueil, le personnel qui y sera affecté sera soutenu par les équipes déjà en place dans les unités spécifiques et par le pool médicalisé mutualisé en particulier comme le suggère Fabien THIEMÉ⁹³ « *la médicalisation de ces structures, qui relève de la compétence de l'Etat, est un enjeu important compte tenu de la population accueillie. Cette médicalisation est également une condition de la viabilité économique de ces unités qui génèrent des coûts de revient important* ».

Pour tous ces types d'accueil aujourd'hui, des dispositions différentes sont actuellement en vigueur selon que la personne a plus ou moins de 60 ans. Dans le cas d'une personne handicapée de moins de 60 ans, l'orientation sera décidée par la CDAPH, pour le cas des autres personnes âgées de moins de 60 ans, une dérogation à l'admission sera nécessaire. Cette discrimination me gêne et je me réjouis des nouvelles dispositions que la législation a programmée afin que l'offre d'accueil réponde aux véritables besoins des personnes vieillissantes quelque soit leur âge.

3.3 La gestion des ressources humaines dans le cadre de la restructuration :

La restructuration de l'EHPAD, conduisant à la création de nouvelles unités spécifique interpelle la gestion des ressources humaines. Je projette de modifier l'organigramme existant tant en terme de gouvernance interne qu'en terme d'organisation structurelle. Le changement annoncé devra permettre une dynamisation des équipes dont je revisite la composition en utilisant les outils de management que représentent la mobilité, la formation et la démarche qualité. J'adopte selon les situations un style souvent participatif mais aussi quelquefois directif lorsqu'il s'agit de fixer des objectifs dont l'échéance est courte.

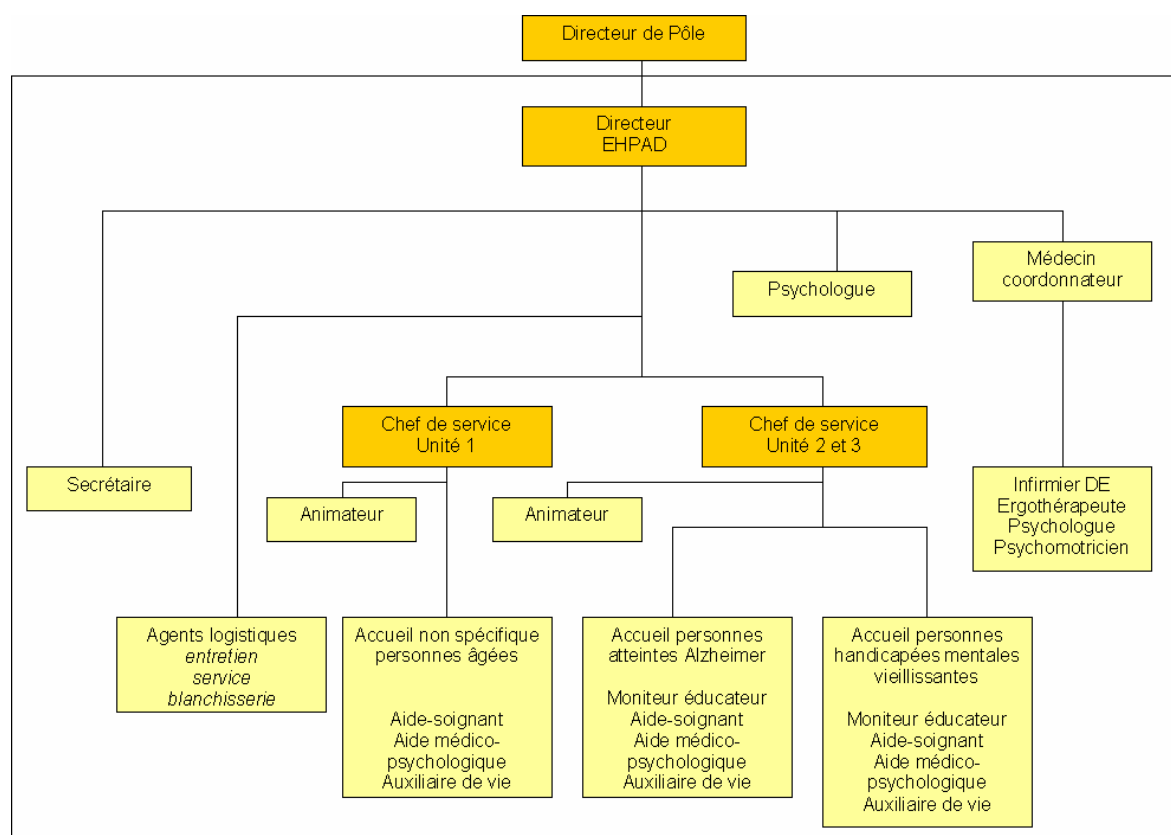
3.3.1 Un redéploiement de la ligne hiérarchique :

Le management des ressources humaines est une mission essentielle du directeur car il détermine la mise en adéquation des moyens humains au regard des objectifs à atteindre. Le mode de management que j'adopterai sera, sur le plan de l'accompagnement, participatif et basé sur l'ajustement mutuel. Le centre opérationnel sera impliqué dans toutes les réflexions qui concernent l'accompagnement Par contre des objectifs seront

⁹³ Vice président du Conseil général du Nord dans un rapport de la commission permanente du 14/11/2005

également déterminés et feront l'objet de travaux de groupe quand il s'agira d'élaborer et de mettre à jour les projets de soins, d'animation et d'établissement. Pour cela j'envisage de renforcer la ligne hiérarchique en créant deux postes de cadres intermédiaires. Comme le suggère Jean-René Loubat qui veut « *en finir avec le mythe de la polyvalence* »⁹⁴ structurelle des cadres dans les établissements sociaux et médico-sociaux, la crédibilité du système souffrirait de la polyvalence d'un homme orchestre qui se doit être « chef d'orchestre ». Le premier cadre intermédiaire sera chargé de l'unité d'origine de l'EHPAD assorti de ses accueils temporaires, le second sera investi des nouvelles unités spécialisées. Ils seront chefs de service et auront délégation pour la conduite des projets et l'organisation des services. Je reviendrai ultérieurement sur le profil de ces professionnels. La supervision de l'organisation sera moins directe mais permettra aux équipes des marges de manœuvres plus souples favorisant l'autonomie et la créativité. Cependant par des réunions de service, j'envisage un contrôle de l'activité afin qu'aucune confusion ne soit faite entre autonomie et indépendance. J'accorderai une dimension transversale inter-unités au staff médical et paramédical ainsi qu'aux services logistiques comme je l'ai indiqué précédemment, mais j'en conserverai la gestion et la supervision directe.

Le nouvel organigramme se présentera ainsi.



⁹⁴ Penser le management en action sociale et médico-sociale. Editions DUNOD, juin 2006 p 164

3.3.2 Favoriser la mobilité du personnel :

La constitution des équipes selon le nouvel organigramme est un enjeu important pour mener à bien le projet. Aussi, je possède plusieurs options de répartition du personnel :

- Le maintien des salariés à leurs postes actuels
- Le transfert vers de nouvelles activités
- Le recrutement exclusif pour les nouvelles unités

La réalisation des objectifs de l'entreprise passe par la réalisation des objectifs personnels des acteurs que sont les collaborateurs. La réalisation d'un nouveau projet doit être conduite pour fédérer l'adhésion des salariés à celui-ci. Le changement qu'il occasionne représente pour certains l'opportunité de redonner du sens à leurs propres projets et à alimenter leur motivation. Le redéploiement, par transfert d'une partie de l'activité de l'EHPAD originel et d'une partie des effectifs vers les nouvelles unités constitue cette opportunité. Offrir au personnel la possibilité d'intégrer ces nouvelles équipes m'apparaît très constructif pour les raisons suivantes.

- La mobilité sur la base du volontariat est valorisante pour le salarié qui se sent reconnu puisqu'il est sollicité.
- L'intégration de collaborateurs expérimentés dans une nouvelle unité facilite le partage des valeurs institutionnelles.
- En outre, cette mobilité peut être assortie d'une gratification promotionnelle liée à l'accès à de nouveaux postes qualifiés (auxiliaires de vie vers AMP).

L'ancienneté moyenne du personnel étant de 9.5 ans, je lancerai un appel à candidatures pour l'intégration volontaire vers ces nouvelles structures. Toutefois j'envisage de les sensibiliser en amont par des informations sur ce projet transmises lors des réunions de comité établissement.

Dans cette optique, je mets en place dès cette année, les entretiens annuels d'évaluation. En premier lieu, j'en informerai le comité d'établissement à qui je soumettrai les guides respectifs du salarié et de l'évaluateur. Ensuite je conduirai une action de communication et d'information à l'intention de tous les personnels sur le sujet. Le déroulement des entretiens sera ensuite planifié. Ces entretiens individuels devront être l'occasion de mettre en évidence les aspirations professionnelles de chacun et d'entamer une nouvelle collaboration basée sur des enjeux réciproques. J'ai également vérifié au préalable que les contrats de travail intègrent une clause de mobilité, mais si celle-ci existe, elle demeure relativement locale, liée à une négociation et à l'accord préalable du salarié, et ne remet pas en cause l'affectation en interne.

3.3.3 La pluridisciplinarité au service de la spécificité :

L'introduction de nouveaux publics implique nécessairement un accompagnement adapté. Pour cela, le personnel en place ne possédant pas toutes les qualités requises pour l'accompagnement adapté de cette nouvelle population, j'envisage d'intégrer de nouveaux métiers.

Le nouvel organigramme faisant état de cadres intermédiaires, ces deux postes constituent également une nouveauté.

A) Des nouveaux métiers pour des nouveaux postes:

Aujourd'hui déjà, la carence du poste de **psychologue** est d'autant plus ressentie que les problématiques actuelles mobilisent beaucoup d'énergie dont la canalisation n'est pas toujours organisée. Lors d'une récente formation à la bientraitance, l'impact de l'intervention d'un psychologue en a exacerbé le manque. J'envisage donc la création d'un poste de psychologue à temps plein financé à 100% par le tarif dépendance.

La constitution des équipes des nouvelles unités prendra en compte l'origine du public et en particulier celui des personnes handicapées mentales vieillissantes pour y inclure des postes de **moniteurs éducateurs** dont la fonction est orientée sur l'animation d'un groupe.

J'envisage la création d'un poste supplémentaire **d'animateur** de façon à constituer un pool animation mais dont l'affectation est traduite dans l'organigramme précédent.

Sur le plan du maintien des capacités physiques un **kinésithérapeute** et un **psychomotricien** seront intégrés à l'organisation dans le pool médicalisé ainsi qu'un **ergothérapeute** pour aider à l'adaptation de l'environnement aux incapacités des personnes.

Pour revenir sur le profil des **cadres intermédiaires**, je préconise pour les deux nouvelles unités une personne ayant une expérience **d'éducateur** pour sa maîtrise de l'action éducative, basée sur l'observation, le diagnostic, l'élaboration et la conduite de projets assortie d'une expérience d'encadrement et titulaire d'une qualification type CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale). Pour le second, je rechercherai une expérience de soignant et d'encadrement avec une qualification type **cadre de santé**. L'expérience d'encadrement sera un atout dans le cadre de la délégation. L'expérience dans l'éducatif ou le soin seront des gages de maturité indispensable pour exercer au sein d'une équipe constituée de personnel bénéficiant d'une certaine ancienneté. Cependant je dois veiller à ce que la reprise de l'ancienneté des personnes recrutées n'affecte pas trop la masse salariale du budget.

B) Les modalités d'organisation :

L'introduction de ces nouveaux métiers n'est qu'un élément de ma conduite managériale de restructuration. Cette disposition s'appuiera sur des modalités de recrutement dont la méthodologie est transparente. Tout d'abord, j'élaborerai une fiche de poste à partir d'un référentiel de compétences déterminées par des travaux de groupe sur le sujet. Je ferai appel à candidature tant en interne qu'en externe par voie d'annonce. Ainsi, la possibilité d'intégrer, d'évoluer et de se positionner dans le nouvel organigramme demeure à la portée de chaque collaborateur.

Je serai particulièrement attentif lors des recrutements au repérage des doubles compétences. En effet, il existe parmi les candidats, des personnes possédant le profil recherché mais avec « un plus » profitable à l'usager. Ainsi, je pourrai associer une qualification d'AMP ou d'AS à celui de musicien, d'esthéticienne, de coiffeuse, d'animateur ou de comédien, ... Pour un cadre intermédiaire, sa participation à des activités associatives pourra aider au développement réseau, etc ...

La mobilité interne des salariés étant basée sur le volontariat j'envisage cependant l'hypothèse où ce changement produirait une résistance telle que le nombre de volontaires serait insuffisant, je devrai adopter alors dans ma position de directeur une attitude non équivoque de transfert de certains personnels vers d'autres sites d'activité. Ce transfert devra être accompagné pour ne pas être vécu comme une sanction, mais bien comme « *un processus d'apprentissage collectif pour de nouveaux construits d'action collective* »⁹⁵.

L'organisation des unités sera confiée aux cadres intermédiaires et la planification des tâches leur incombera. Toutefois, je veillerai à la mixité des qualifications dans les unités en créant des binômes AS/AMP et moniteur éducateur/AMP.

Je conserverai néanmoins, la supervision directe des services logistiques, de l'administration et de la technostructure médicale et para-médicale pour des raisons de maîtrise de l'organisation générale de l'EHPAD et de mise à disposition au sein des unités, voir du GCSMS que j'aborde plus loin.

Dans le cadre des valeurs de la Fondation basées sur la solidarité, j'envisage de recourir aux **contrats aidés**⁹⁶ pour un ou deux postes selon les possibilités financières qu'offrent les nouvelles conditions de tarification. Cette disposition représente une opportunité pour le salarié recruté dans la mesure où l'objectif pourrait être la pérennisation vers un poste de titulaire à la condition de suivre la formation requise pour le maintien dans l'emploi. Dans cet esprit l'usage de ce type de contrat doit conduire les salariés à un

⁹⁵ Michel Crozier. L'acteur et le système p 35.

⁹⁶ Contrat d'avenir, contrat d'accompagnement dans l'emploi.

accompagnement tuteurial et responsabilisant. Nous avons d'ailleurs signé une convention de partenariat avec une association qui accompagne ces salariés pour un bilan de compétences, l'élaboration d'un projet professionnel, et la recherche de financement.

J'envisage les mouvements du personnel selon deux hypothèses ; l'une haute, couvrant les besoins selon une plage horaire assez large et une seconde hypothèse dite basse satisfaisant à minima ces mêmes besoins (ANNEXE VII).

Quelque soit l'effectif en question et selon les postes, les mouvements s'opéreront ainsi : Les cadres intermédiaires seront recrutés en externe ,le poste de secrétaire ou hôtesse d'accueil pourra être satisfait par la pérennisation d'un contrat aidé. Certains postes pourront faire l'objet de recrutement mais d'autres satisferont au déroulement de carrière des salariés engagés dans la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Je saisis l'opportunité pour les salariés à temps partiel d'augmenter leur contrat de base par répartition des mesures nouvelles. Le temps de 0.23 actuellement alloué au médecin coordonnateur, est compte tenu de l'évaluation du GMPS en deçà du ratio préconisé⁹⁷ Dans l'hypothèse à minima celui-ci est de 0.40 mais dans l'hypothèse haute, le nombre total de places, toute modalité d'accueil confondue étant de 100 places, il passe à 0.50. le tableau 8 ci-dessous expose de façon plus explicite la répartition.

HYPOTHESE HAUTE										
CATEGORIES PROFESSIONNELLES	EHPAD actuel	EHAPD restructuré			total ETP après	écart général	mesure des écarts par section tarifaire			mouvement
		UNITE ordinaire	UNITE zheim	UNITE handicapé			H	D	S	
DIRECTEUR	1.00	1.00			1.00					mutualisé sur les 3 unités
CADRE d'unité			1.00	1.00	2.00	2.00				recrutement
ADM - SECRETAIRE	1.00	1.00	0.50	0.50	2.00	1.00	1.00			recrutement ou pérennisation du contrat aidé
ANIMATRICE	0.61	2.00			2.00	1.39	1.39			recrutement
MONITEUR EDUCATEUR			1.00	3.00	4.00	4.00				recrutement ou formation CIF
PSYCHOLOGUE		1.00			1.00	1.00		1.00		recrutement ou mise à disposition du GCSMS
AGENT LOGISTIQUE maintenance	1.00	2.00			2.00	1.00	0.70	0.30		recrutement
AGENT LOGISTIQUE entretien	5.35	6.00			6.00	0.65	0.46	0.20		augmentation des temps partiels
AUXILIAIRE DE VIE	12.35	7.35			7.35	-5.00	-3.50	-1.50		mobilité (transfert par VAE en AMP/AS)
LINGERE	1.31	2.00			2.00	0.69	0.49	0.21		augmentation des temps partiels
AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	1.00	3.00	4.00	4.00	11.00	10.00		3.00	7.00	recrutement et mobilité (VAE et CIF)
AIDE-SOIGNANTE	8.11	6.11	4.00	2.00	12.11	4.00		1.20	2.80	mobilité interne ettransferts ASH (VAE)
AIDE SOIGNANTE DE NUIT	4.00	12.00			12.00	8.00		2.40	5.60	mobilité interne et/ou recrutement
MEDECIN COORDONATEUR	0.23	0.50			0.50	0.27			0.27	augmentation du temps partiel
INFIRMIERE	3.00	6.00			6.00	3.00			3.00	recrutement
KINESITHEPEUTE		1.00			1.00	1.00			1.00	recrutement ou mise à disposition du GCSMS
ERGOTHEAPEUTHE		1.00			1.00	1.00			1.00	recrutement ou mise à disposition du GCSMS
PSYCHOMOTRICIEN		1.00			1.00	1.00			1.00	recrutement ou mise à disposition du GCSMS
	38.95				73.96	35.01	4.53	6.80	21.67	
ratio	0.53				0.83					
	sur 74				sur 89					

Tableau 8.

⁹⁷ Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionnées au I de l'article L.313-12 du CASF.

Ainsi le ratio obtenu de 0.83 tend à répondre aux préconisations que j'ai rapportées auparavant.

3.3.4 Les nouvelles prestations :

La restructuration de l'EHPAD Pierre WAUTRICHE doit permettre d'améliorer, outre les prestations existantes, l'offre répondant aux nouvelles demandes.

A) Quelques remises en question préalables :

Dans le cadre de l'accompagnement, nous pourrions remettre en question le port de la blouse car les publics nouveaux à accueillir ne sont pas habitués au port de celle-ci et cela peut constituer un obstacle à la prise en charge, notamment chez les personnes handicapées mentales.

Ces mêmes nouveaux publics sont plus dynamiques, car soit plus jeunes ou plus actifs, ils nécessitent de la part des professionnels une grande réactivité. Cette notion de réactivité devra être intégrée dans les projets d'accueil en terme d'adaptabilité à la gestion de situations imprévues.

Le suivi des résidents, quelque soit leur mode d'accueil fait l'objet de l'élaboration d'un projet de vie individualisé avec bilan régulier, évaluation des actions en fonction des objectifs fixés. L'organisation des réunions de synthèse est laissée à l'initiative du cadre responsable mais je veillerai à la pluridisciplinarité des membres y participant.

L'extension et la diversification des modes d'accueil sont la réponse à l'émergence de nouveaux publics exprimant des besoins spécifiques. A ce titre il convient de déterminer le profil des bénéficiaires des différentes possibilités d'accueil. Le médecin coordonnateur, devant émettre un avis sur les admissions, a été sollicité sur ce projet et a préalablement défini le profil des résidents selon le type d'accueil envisagé. Il s'appuie notamment sur les recommandations inscrites dans le dernier schéma départemental gériatrique en particulier en ce qui concerne l'accueil temporaire (ANNEXE VIII).

L'amélioration des ratios en personnel doit profiter à l'usager. Ainsi l'instauration d'une relation privilégiée lors de la toilette, de l'habillage et des diverses activités favorisera l'expression verbale et non verbale, par le toucher, par l'écoute et par l'adaptation aux rythmes. Elle canaliserait l'angoisse et désamorcerait l'apparition de troubles du comportement.

B) Des activités spécifiques :

S'il existe aujourd'hui des activités au sein de l'établissement, celles-ci ont pris un essor tout particulier depuis l'arrivée de l'animatrice. Le renforcement de ce poste permet d'envisager à la fois une amélioration de la forme par une disponibilité horaire plus large (y compris la période de congés) mais aussi sur le fond par des contenus encore plus élaborés.

Ces contenus toucheront aux domaines ludiques, occupationnels et thérapeutiques. L'association des nouveaux métiers, que sont l'ergothérapeute et le psychomotricien, renforceront les bénéfices que peuvent tirer les résidents de ces activités. En effet ils disposeront des connaissances techniques et de moyens pour mieux s'adapter à leur environnement compte tenu de leur difficultés.

a) Des activités à vocations multiples :

Pour chacune des deux nouvelles unités, la mise à disposition en leur sein d'un équipement de cuisine adapté permet l'élaboration de plats simples, goûter etc... Des mesures de protection relatives aux risques inhérents à l'usage de ce matériel sont à prendre dès la commande de matériel. Une formation complètera utilement la conduite de cette activité.

J'ai vu dans certaines structures, des activités basées sur la recherche de symboles représentatifs de thèmes particuliers contribuant à l'activité mnésique. comme la réalisation de vitrines.

Ces activités sont essentiellement collectives et sont à visée sociale contribuant au maintien du lien social. Ces activités profitent davantage encore aux personnes bénéficiant de l'hébergement temporaire.

D'autres activités sont proposées : exercices de mémoire (calcul, orientation, lecture, écriture) chant, peinture, promenade, cuisine, gymnastique douce, danse, ateliers manuels, soins esthétiques.

b) La mise en place d'un espace Snoezelen.

Puisque nous sommes confrontés dès maintenant à la problématique des personnes présentant une DTA, j'ai chargé un groupe de travail et nommé une personne référente pour conduire une réflexion sur la prise en compte des quelques personnes qui nécessiteraient un accompagnement plus spécifique. Ainsi le projet actuel est de développer un « accueil de jour interne ». La démarche aboutit à la réalisation d'un espace inspiré du concept Snoezelen (ANNEXE IX). Proposé à l'origine à des personnes handicapées jeunes, ce concept se développe autour de la dépendance et des personnes âgées. J'ai initié cette démarche pour annoncer ;

- que le profil de nos résidents est en train de changer.
- que nous pouvons disposer des moyens pour mieux les accompagner.
- que ces moyens relèvent aussi de notre EHPAD.
- que ce dispositif est transposable dans le projet de restructuration.

Tout est mis en oeuvre pour que cet espace soit opérationnel dès le premier trimestre 2008.

c) *La création d'un jardin thérapeutique :*

Cette activité rassemble, autour du résident, les compétences de la plupart des intervenants institutionnels du jardinier au psychologue en passant par l'ergothérapeute et l'AMP. Ce jardin doit être conçu pour la déambulation avec des aires de repos. Le jardin clos prévu pour les deux unités correspond à ce jardin thérapeutique à l'accès direct. La composition du jardin devra permettre l'éveil des sens avec des plantes aromatiques, des fleurs odorantes et de couleurs variées. De même il pourra y être aménagé une fontaine protégée ou une cascade. Cet espace permet aussi le développement de la motricité et peut être parsemé de divers jeux d'adresse ou d'exercice physiques légers. Il peut être agrémenté d'un espace où les résidents jardineront eux même. Dans cet espace pourront cohabiter les personnes handicapées mentales ainsi que les personnes atteintes de DTA.

d) *La création d'une cellule d'aide à la protection juridique :*

La caractéristique des publics émergents pour la résidence relève des troubles de la raison, du jugement et génèrent des incapacités à pouvoir s'assumer seuls. Je souhaite mettre en place une cellule d'information et d'aide à la constitution de dossier de protection juridique des personnes accueillies dans la mesure où leur incapacité est mise en évidence par le médecin coordonnateur.

e) *La mise en place de groupes de parole :*

Des groupes de paroles sont mis en place pour les professionnels mais aussi pour et avec les familles et les bénévoles. Ces moments favorisent l'expression et la verbalisation des ressentis et contribuent à l'extériorisation et la dédramatisation des situations de stress, d'angoisse au regard de perceptions différentes. Cette prise de parole ou ce temps d'écoute, est programmée une fois par trimestre. Nous l'expérimentons déjà le mardi de 18h00 à 19h00, tous les deux mois aucun compte rendu n'est fait rendant libre l'expression de ses membres. Cependant rien n'est figé et toute amélioration du fonctionnement de ce groupe qui sera proposée devra être étudiée.

f) *L'organisation de sorties à l'extérieur :*

La conservation des facultés motrices du nouveau public m'invite à l'organisation de sorties à l'extérieur. Le développement du réseau et la constitution d'un GCSMS facilitera l'acquisition d'un véhicule pour réaliser cet objectif. Des échanges entre établissements sous la forme de manifestations culturelles ou sportives alimentent ces sorties et contribuent à l'inscription dans le tissu local de l'activité de l'établissement. Il me faudra toutefois définir les modalités d'utilisation des véhicules par les personnels, en mettant en place une procédures de mise à disposition pour le chauffeur en prévention des risques potentiels et en terme de responsabilité.

3.3.5 La formation pour interpeller les pratiques professionnelles :

J'aborde la formation selon deux aspects. Le premier est une palette d'outils techniques que la réglementation met à notre disposition pour permettre l'accès des collaborateurs à la formation, le second est davantage orienté vers le contenu de ces formations au regard des objectifs de prise en charge du public accueilli et/ou à accueillir.

A) Faciliter l'accès à la formation :

La Fondation est adhérente à UNIFAF et à ce titre verse des fonds dont l'utilisation est réservée à la formation. Le Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF) dédiés à la formation me permet d'élaborer un plan de formation satisfaisant tout autant l'adaptation à l'emploi, l'évolution de l'emploi et le développement des compétences.

En premier lieu, j'envisage une gestion prospective des emplois et des compétences par la conduite des entretiens individuels dont l'échange me permettra d'évaluer les aspirations des salariés au regard des besoins générés par le projet dès 2008. Au préalable, je lancerai un groupe de travail sur l'évaluation des métiers et des compétences requises dont le résultat doit conduire à l'élaboration d'un référentiel de compétences. Ce nouvel outil est important dans la mesure où il complète la notion de qualification fortement inscrite dans les mentalités. J'élaborerai alors un plan de formation qui sera effectif dès 2009 et qui s'inscrit dans des délais réalistes avec la restructuration.

D'autres outils sont accessibles à qui souhaite se former : le Congé Individuel de Formation et le tout récent Droit Individuel à la Formation⁹⁸. Les orientations prises pour le développement de la structure doivent être partagées avec les salariés pour qu'ils puissent s'y inscrire.

De plus, certains métiers sont maintenant accessibles par la VAE⁹⁹. C'est le cas des aides-soignants et AMP. La situation des auxiliaires de vie reconnues comme agents logistiques mais dont l'intervention est proche de celle des aides-soignants peut largement être améliorée par cette VAE en terme de reconnaissance et de motivation. Je dispose aujourd'hui de 5 personnes en cours de VAE. Je projette, dans la restructuration, d'intégrer dans le nouvel organigramme le transfert de leur qualification.

L'accès à la formation est une ressource qu'il faut valoriser auprès des salariés. Son financement ne doit pas être un obstacle et je m'emploierai à développer la conjugaison des dispositifs de financement en articulant PAUF, DIF (Droit Individuel à la Formation), CIF (Congé Individuel de Formation).

⁹⁸ Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

⁹⁹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

B) Cibler les formations propres à la restructuration :

Pour agir, il faut connaître. Il faut connaître les compétences et les qualifications requises, les carences existantes au regard des attentes et les besoins à la fois des acteurs et des usagers. J'orienterai la formation pour l'optimisation des performances en terme de savoir faire et de savoir être pour les compétences et en terme de savoir pour les qualifications.

L'augmentation du nombre de postes d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques ouvre la voie vers la qualification.

L'émergence des nouveaux métiers peut être une opportunité de changement pour certains. Cependant, la durée des études est à évaluer pour une inscription dans la restructuration.

Des formations spécifiques à la gestion des troubles du comportement et à la connaissance des nouveaux publics seront envisagées.

Je développerai des actions pour faciliter l'adaptation aux situations nouvelles et aux modifications fréquentes de la constitution et de la dynamique des groupes.

Dans le cadre de l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, des actions ponctuelles de sensibilisation à la charte des personnes accueillies (arrêté du 08/09/2003 art L 311-4 du code de la famille et de l'action sociale) et à la culture de la bientraitance (décret du 6 avril 2006) devront ponctuer l'accompagnement des professionnels dans l'exercice de leurs métiers. Des formations spécifiques se développent dans ce domaine ; l'humanité¹⁰⁰ en est un exemple.

La mise en place d'une démarche qualité sera accompagnée également d'une formation, mais que je ne mettrai en œuvre qu'après une période d'information et de sensibilisation.

La réalisation qualitative des actions de formation repose sur le choix des intervenants que je suis amené à faire. Aussi je demanderai des propositions à divers organismes de formation et je désignerai une personne ou un groupe référent pour la formation qui émettra un avis, afin d'en évaluer les contenus et les attendus. D'autre part, il ne peut y avoir de formation sans restitution au profit de ce pour quoi elle a été engagée, aussi chaque formation fera l'objet d'une évaluation.

3.3.6 La démarche qualité :

La loi du 2 janvier 2002 fait obligation de résultats aux établissements sociaux et médico-sociaux. Une politique de **recherche d'amélioration constante de la qualité des prestations** doit être le « fil rouge » du projet d'accompagnement. J'inscris la mise en place d'une démarche qualité impliquant tous les acteurs institutionnels dans cette dynamique. Cette transversalité permet de dépasser les clivages hiérarchiques et

¹⁰⁰ Elisabeth BONJOUR, géroscopie magazine n° 21 juin-juillet 2007 pp 14-15.

organisationnels traditionnels. Elle constitue une ressource essentielle par la mise en commun des actions qui en découleront. J'aborderai l'approche de cette démarche par une sensibilisation aux obligations de la loi du 2 janvier 2002 et de la place accordée à l'utilisateur dans la relation contractuelle de prise en charge. Au travers des notions de responsabilisation, de risques et de satisfaction des usagers, j'inviterai à la révision de nos propres pratiques. Pour cela je solliciterai l'accompagnement d'un organisme afin de structurer cette démarche qui devra s'inscrire dans la continuité. Un référentiel de convergence est en cours d'élaboration par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux, sur lequel j'appuierai notre réflexion.

Je structurerai la démarche en désignant une personne référente (une infirmière) et en créant un Comité de Pilotage (COFIL). Des groupes de travail animés par un coordonnateur de groupe examineront les différents items du référentiel et feront des propositions d'amélioration au COFIL que le Comité de Direction¹⁰¹ (CODIR) validera. Ces actions d'amélioration seront menées selon un calendrier qui intégrera leurs évaluations.

Cette démarche doit en premier lieu aider à la révision du projet d'établissement dans le projet de restructuration pour améliorer l'individualisation de l'accompagnement et intégrer la diversification des modalités d'accueil. Elle s'inscrira ensuite dans une dynamique permanente de remise en question des pratiques professionnelles en vue de leurs améliorations. La réalisation d'une fiche de signalement d'un dysfonctionnement constituera la pierre angulaire du concept qualité appliqué à nos métiers.

La pérennisation de la démarche qualité dépend aussi de mon engagement et des conditions matérielles et techniques que je mets à disposition des acteurs. Je dois donc au préalable en mesurer l'impact pour le planifier.

3.3.7 La communication :

L'émergence de la problématique qui a initié le projet de restructuration est née à la fois des conjonctures internes et externes à l'établissement. L'élaboration d'un projet de restructuration est le fruit des flux d'informations rapportées par tous les acteurs interpellés par cette problématique. L'identification des acteurs selon le message transmis ou à transmettre et le support nécessaire à sa transmission sont des éléments que je dois maîtriser. Aussi je distingue pour communiquer au sujet du projet, les professionnels, les usagers et le réseau.

¹⁰¹ composé du directeur de pôle et du directeur d'établissement.

A) Avec les professionnels :

J'informe les instances représentatives du personnel dès à présent du projet d'amélioration de l'accueil de nouveaux publics. J'attendrai quelque peu le retour des diverses interrogations qui se posent pour ensuite leur présenter les changements à venir. J'ai déjà mis en place un groupe de travail sur la création d'un espace Snoezelen et cette initiative représente l'ébauche de la constitution de groupes de travail à venir. Ce positionnement managérial est très participatif et satisfait aux exigences qu'impliquent l'investissement professionnel de tous.

Les entretiens individuels participeront à l'amélioration de la qualité de la communication entre le porteur du projet et ses acteurs.

Les supports d'une telle communication seront essentiellement basés sur l'affichage, les réunions et les comptes rendus.

Je sollicite l'accompagnement de représentants du Conseil Général et de la DDASS dans la constitution du dossier CROSMS afin de les impliquer dès le début de notre démarche de restructuration et solliciter leurs avis, j'envisage alors le dépôt du dossier pour la fenêtre du premier semestre 2008.

B) Avec les usagers :

L'ouverture et le développement de l'accompagnement à d'autres publics nécessite de la communiquer aux usagers¹⁰², parce qu'elle répond à une problématique soulevée par les résidents eux-mêmes qui en attendent une réponse. L'affichage des comptes rendus de réunion sur l'espace Snoezelen en est un moyen mais l'outil le plus adapté demeure le conseil de la vie sociale réuni au moins trois fois par an.

La mise en place de la démarche qualité conduira à la désignation d'un référent pour chaque résident. Ce nouveau dispositif interne sera un outil de communication davantage personnalisé qui responsabilisera le référent mais rassurera la personne accueillie comme sa famille. Pour sa mise en œuvre, il me faudra définir le rôle du référent, structurer sa mission, et organiser la répartition résident/référent selon des critères objectifs.

Je conduirai également une action de « marketing » pour valoriser l'amélioration à apporter et apportée au fur et à mesure du déroulement du projet. Je pense qu'un journal d'établissement peut en être un des supports récurrents.

¹⁰² je défini ici les usagers comme étant, les résidants, les familles et toute personne susceptible de bénéficier de nos prestations.

C) Au sein du réseau :

L'ouverture à de nouveaux publics conduit à ce que l'information soit disponible en amont de notre structure. Aussi les centres d'information et d'orientations que sont la MDPH et le CLIC représentent des instances incontournables auxquelles je dois m'associer lors des diverses rencontres qu'ils organiseront.

Dans le même état d'esprit, les services d'accompagnement en amont de l'institution que sont les services de familles d'accueil, de SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), d'aides ménagères, et des SAMSAH feront l'objet de contacts pour tisser des liens durables de réciprocité.

Le repérage des services de gériatrie, de psychiatrie de proximité permettra l'élaboration d'un partenariat pour l'orientation, l'accompagnement et le suivi des personnes qui présenteront des troubles comportementaux. Ce partenariat pourra selon le cas être concrétisé par la signature d'une convention ou l'adhésion au GCSMS.

L'existence d'une plate-forme partenariale dans laquelle je suis inscrit contribue à l'entretien d'un réseau de communication qui concerne, professionnels, usagers et élus.

L'habilitation à l'aide sociale de la résidence instaure de fait une relation privilégiée avec les centres communaux d'action sociale, une bonne communication avec ces services est indispensable.

Par la diversification des modes d'accueil, je m'attacherai à développer la communication avec les associations d'aides aux aidants. Je participerai au rapprochement des associations œuvrant auprès des adultes handicapés pour contribuer à une convergence de prise en compte de la dépendance.

3.4 Les incidences financières de la restructuration :

J'ai volontairement inscrit ce chapitre au terme du développement de mon projet car j'ai souhaité définir et construire les moyens nécessaires à cette restructuration plus en fonction des besoins identifiés qu'en fonction des moyens financiers. Même si l'impact financier est un élément important, il ne doit pas conditionner les marges de manœuvre de l'innovation mais être davantage utilisé comme une condition à la réalisation des objectifs et non comme un préalable. Aussi, divers aspects du financement du projet seront ici évoqués dont les modalités définitives resteront à débattre selon l'avancement du projet.

3.4.1 Les surcoûts de la restructuration:

La création des deux unités spécifiques, la réhabilitation du bâtiment existant vont engendrer des frais que l'organisme en charge des bâtiments répercutera sur le loyer. La négociation que je mènerai avec lui portera sur l'impact d'une augmentation des loyers sur le prix de journée que je souhaite maintenir dans la fourchette des prix pratiqués dans

l'arrondissement. Je pourrai suggérer à l'architecte de penser l'aménagement énergétique des nouvelles unités dans le cadre de la Haute Qualité Environnementale¹⁰³ appliquée en EHPAD (récupération des eaux de pluie, pompe à chaleur, panneaux solaires, puits de lumière naturelle). D'après des études déjà réalisées l'impact de ces installations (10 à 15% de surcoût) amortissables sur 7 ans pourraient être compensées par la baisse des charges de ces mêmes énergies dont la consommation sera moindre.

La restructuration conduit à l'aménagement des unités par des équipements adaptés. Du mobilier de chambre, du mobilier d'accueil, des équipements d'entretien et de maintenance (téléphonie, sécurité, appels malades etc, ...) constitueront des investissements amortissables. Je devrai proposer des durées d'amortissement compatibles avec les moyens financiers dont je disposerai dans l'élaboration du budget prévisionnel. J'étudierai l'hypothèse d'un prêt dont il faudra tenir compte des frais financiers dans l'intégration du prix de journée.

La part des mesures nouvelles de fonctionnement avec les charges de personnel sont explicitées selon les deux hypothèses élaborées dans le cadre de la mobilité du personnel et réparties selon les section tarifaires respectives (ANNEXE X). Ces hypothèses de charges constituent une fourchette à l'intérieur de laquelle la marge de manœuvre me permettra d'exercer un équilibre budgétaire.

3.4.2 Les ressources de la restructuration :

Actuellement, l'EHPAD est conventionné pour des personnes de 60 ans et plus. Le projet s'appuie sur cette base pour évaluer l'incidence financière sans distinction de l'origine du public. Ainsi de 74 places d'EHPAD, la restructuration promet au total 80 places d'hébergement durable à 98% d'activité, 9 places d'hébergement temporaire dont l'activité est évaluée à 50% par le Conseil Général et 11 places d'accueil de jour. Pour les deux premiers types d'accueil le financement est conditionné à un prix de journée, pour l'accueil de jour il fait l'objet d'une dotation globale.

Mon objectif est d'atteindre un équilibre financier dont l'impact sur le reste à charge pour les résidents ne subisse pas une forte augmentation. La part qui reste à la charge des résidents est aujourd'hui importante. Elle est essentiellement portée par le prix de l'hébergement dans lequel les charges de personnel auxiliaire de vie sont impactées à hauteur de 70%. Le transfert d'une partie de ces effectifs vers la section soins par le biais de la qualification en AS ou AMP atténuerait le prix de journée hébergement sans affecter le ratio global de personnel mais tout en en améliorant la qualité. Le surcoût ainsi engendré par ce transfert pour **la section soin** sera largement absorbé par la dotation globale liée au GMPS. En effet celui-ci passe de 579 864 € à 1 189 880 €, l'écart se

¹⁰³ le mensuel des maisons de retraite, n° 98 février 2007.

situant entre les deux hypothèses du tableau joint en annexe (ANNEXE XI). Il persiste donc une marge de manœuvre.

Pour **la section hébergement** compte tenu du tarif actuel de 53.46 € et sur la base du maintien de ce tarif, le budget prévisionnel hébergement serait de ;

$53.46 \text{ €} \times 30\,259 \text{ journées prévisionnelles}^{104} = 1\,617\,646 \text{ €}$

le budget hébergement actuel est de ;

$53.46 \text{ €} \times 26\,470 \text{ journées prévisionnelles}^{105} = 1\,415\,086 \text{ €}$ soit une différence de 202 560€ qui se situent bien en deçà des mesures nouvelles en matière de personnel (hypothèse haute à 97 259 €, l'hypothèse basse à 24 698 €). La part des charges de personnel étant de 40% et considérant l'accroissement proportionnel des autres charges, il existe une marge de manœuvre de 121 536 € pour la section hébergement que je pourrai affecter en partie à l'augmentation du loyer si nécessaire, l'amortissement des nouveaux équipements etc...

Pour **la section tarifaire dépendance**, les ressources sont celles relatives à l'évaluation AGGIR. Si je considère une population dont la représentation au niveau GIR est similaire, les ressources n'augmenteront pas suffisamment compte tenu de la création du poste de psychologue et des postes des nouvelles unités. Toutefois, il s'agira de négocier avec le Conseil Général, car la partie portée par cette dépense est couverte en majorité par l'APA. Hormis une augmentation du ticket modérateur, le résident pourrait ne pas avoir à en supporter l'impact.

Pour autant l'accueil de jour est inclus dans les surcoûts du paragraphe précédent mais dispose de ressources qui s'ajoutent au budget global. Le Conseil Général finance à hauteur de 20 € /jour et par place pour un taux d'occupation à 50 % soit 40 150 € qui peuvent couvrir une partie des frais de dépendance. La Caisse Régionale d'Assurance Maladie finance à hauteur de 26 € la médicalisation de l'accueil de jour soit dans les mêmes conditions 52 195 € qui participent aux mesures nouvelles de la section soins.

3.4.3 La recherche de financements :

La recherche de fonds propres sous forme de subvention, de dotation ponctuelle constitue une mission du directeur. Ainsi des aides peuvent être obtenues moyennant la présentation d'un dossier répondant au cahier des charges des appels à projet. Ainsi la CNSA (Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées) dans le cadre du plan d'aide à la modernisation des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées dispose de fonds qui peuvent être alloués en complément d'autres subventions.

¹⁰⁴ $((80 \text{ places} \times 98\%) + (9 \text{ places} \times 50\%)) \times 365 = 30\,259 \text{ journées prévisionnelles}$

¹⁰⁵ $74 \text{ places} \times 98\% \times 365 = 26\,470 \text{ journées prévisionnelles}$

D'autres partenaires peuvent être sollicités comme l'ADEME (Agence pour le développement et la maîtrise de l'énergie) qui finance 50% des frais d'un conseiller pour le recours aux énergies renouvelables.

Pour la constitution d'un GCSMS, une subvention de l'Etat de 6000 € à 15000 € peut être allouée pour faciliter sa mise en œuvre.

Concernant l'accueil de jour, le Vice-Président du Conseil Général du Nord délégué aux personnes âgées¹⁰⁶ a fait état de l'adoption d'un nouveau dispositif de participation financière adopté en commission permanente le 14 novembre 2005 relatif aux financements d'investissements de construction ou d'aménagement de 9000 € à 18 000 € (de 6 à 12 places) et de 500 € par place pour l'équipement matériel et mobilier.

L'assurance maladie met en place un forfait journalier de frais de transport¹⁰⁷ pour les accueils de jours rattachés à un établissement type EHPAD, entre le domicile et l'établissement, pris en charge à 100% dans le cadre du tarif soins sous forme d'un forfait journalier applicable au nombre de places autorisées.

La pérennisation du GCSMS favorisera les économies d'échelle en terme d'incidences financières car elles seront partagées.

3.5 La planification du projet :

La réalisation du projet est conditionnée à l'élaboration d'un calendrier (ANNEXE XII) pour en suivre l'évolution et y apporter les corrections éventuelles. La mise en œuvre stratégique est soumise aux événements contingents qui influencent son bon déroulement. Aussi j'élabore une planification qui reprend les items de cette troisième partie, avec pour point de départ, le dernier trimestre 2007, et aboutissement, l'ouverture du complexe multi-modal, fin 2010.

3.6 La création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale :

La loi confère aux établissements la possibilité de recourir à la constitution de Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale¹⁰⁸. (ANNEXE XIII) J'envisage la création d'un GCSMS en associant les partenaires des secteurs du handicap, de la gérontologie et du soin, pour faciliter la mutualisation d'outils dont on ne pourrait disposer seuls les uns ou les autres sinon à un coût important et ainsi réaliser des économies d'échelle. Une instruction ministérielle, en date du 3 août 2007, à l'intention des préfets de

¹⁰⁶ Fabien THIÈME

¹⁰⁷ Décret n° 2007-827 du 11 mai 2007.

¹⁰⁸ Décret 2006-433 du 6 avril 2006

région¹⁰⁹ incite d'ailleurs à la construction de ces groupements et fait état des modalités organisationnelles et juridiques de leur constitution. Jean-Jacques TREGOAT¹¹⁰ y dit clairement « *qu'il appartient aux services de l'Etat de s'engager résolument dans une démarche de sensibilisation, d'accompagnement et de promotion des ces nouveaux outils...* ». Dans le cadre de l'élaboration de la convention, il nous faudra définir les objectifs communs au service des usagers dont le groupement sera porteur. A ce titre, je préconise d'engager une réflexion sur les thèmes suivants avec nos partenaires.

- Les frais de transports étant à la charge des structures proposant de l'accueil temporaire, les activités devant être ouvertes vers l'extérieur avec des sorties, il est utile de réfléchir à la mutualisation pour plusieurs établissements de véhicules aménagés.
- Des postes sont budgétés à temps partiels et il est difficile parfois de réaliser un recrutement durable. C'est le cas des psychologues, médecins coordonnateurs, infirmier(e)s, psychomotriciens, ergothérapeutes. L'association avec d'autres établissements permet le recrutement de ces personnels dont la mise à disposition serait facilitée, L'employabilité de certains professionnels à temps partiel dans les établissements peut faciliter l'emploi à temps plein.
- Le cloisonnement des secteurs n'a pas facilité l'intégration de certains métiers dans de nouveaux domaines d'intervention. La mise à disposition d'éducateur, d'aide-soignant, d'aide psychopsychologique, notamment dans le cadre de remplacements peut être envisagé.
- Les projets de formation, qu'ils soient qualifiants ou non, ne peuvent pas toujours être mis en œuvre pour des raisons de rapport coût/nombre de salariés concernés. L'élaboration de certains programmes de formations mutualisés atténueront les frais et participeront aux échanges culturels que limite la formation en intra.

Il conviendra d'élaborer le règlement intérieur de ce groupement, d'en fixer la représentation, l'administration et les moyens financiers. Cet outil s'inscrit également dans les perspectives de négociation dans le renouvellement de la convention tripartite. Il participera à la coordination des actions en faveurs des usagers dans un souci de prestation continue et individualisée.

¹⁰⁹ instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

¹¹⁰ Directeur général de l'action sociale.

3.7 La mise en œuvre des dispositions de l'article 13 de la loi du 11 février 2005 :

3.7.1 L'article 13 de la loi du 11/2/2005 :

Depuis quelques années et face à la poussée démographique, dans les pays occidentaux, des catégories d'âge sont recréées qui, lorsqu'elles sont franchies, enferment toute une population dans une nouvelle catégorie. En 1962, dans le rapport Laroque, la notion de franchissement d'une limite d'âge à 65 ans a introduit une vision négative de la vieillesse en créant le 3^{ème} âge. Ainsi sont nés le 3^{ème}, et le 4^{ème} âge.

Cette limite n'étant fondée sur aucun élément rationnel est venue s'appuyer ultérieurement sur l'âge de mise à la retraite fixé à 60 ans. L'utilisation du seul critère d'âge n'a eu de cesse de permettre la distinction entre le secteur du handicap (supposé jeune) et celui des personnes âgées en matière d'octroi de prestations sociales. On a pu observer l'évolution des diverses allocations à vocation de compenser l'apparition de la dépendance depuis l'ACTP réservée aux personnes handicapées, en passant par la PSD les transférant dans le secteur personnes âgées après 60 ans, à l'APA et la prestation de compensation constituant pour la première fois une réponse en nature aux besoins de compensation des conséquences de l'apparition de la dépendance.

La récente définition du handicap (article 2, loi 11/02/2005) introduit le handicap comme pouvant résulter du vieillissement puisqu'il occasionne chez les personnes âgées devenues dépendantes des limitations d'activité liées à « *une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

La personne ayant un handicap obtient un droit à compensation des conséquences que celui-ci implique « *quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* » (article 12, loi du 11/02/2005). Enfin la notion de limite d'âge disparaît dans la détermination du droit à compensation. Et l'article 13 de cette même loi étend en 2008 le bénéfice de cette prestation aux enfants présentant un handicap pour l'étendre **en 2010 à toute personne** présentant un handicap. Il apparaît ici, une convergence des dispositifs relatifs à la prise en charge de la dépendance comme conséquence d'un handicap pour toute personne âgée ou pas.

Quelle sera l'attitude des autorités de tarification au regard de ces nouvelles dispositions réglementaires qui s'imposent à eux ?

3.7.2 Quel positionnement adopter au regard d'une telle mutation ?

A présent, l'EHPAD ne peut accueillir que des personnes ayant plus de 60 ans sauf dérogation du Conseil Général. Le projet de restructuration s'appuie aussi sur la disparition de la limite d'âge en particulier pour le public handicapé mental vieillissant. Dans un esprit de simplification d'accès, de tarification et d'intégration dans le dispositif dit ordinaire, la prise en compte de la dépendance pourrait converger vers un même et seul dispositif. Il revient aux autorités publiques, après avoir annoncé leur politique de convergence par les diverses lois, d'en préciser les modalités.

La création d'une cinquième branche de protection sociale, de plus en plus évoquée pour limiter le reste à charge des personnes, mettant en jeu des mécanismes nouveaux de solidarité pour les personnes dépendantes est plus que jamais à l'ordre du jour. Le Président SARKOZY l'avait annoncé et vient de prononcer en juillet 2007 la création d'une franchise médicale. Il a également chargé Xavier Bertrand de la mise en place de cette cinquième branche couvrant la dépendance des personnes âgées ou handicapées.

Je ne peux actuellement me positionner que sur l'accueil des plus de 60 ans, les intentions sont bien là. Le projet que je conduis répond à tous les enjeux humains, politiques et financiers et sera facilement transposable vers une convergence des dispositifs pour la dépendance et non plus pour un secteur.

3.8 L'évaluation du projet :

Comme tout projet, cette restructuration fera l'objet d'une évaluation. En premier lieu, l'évaluation portera sur la démarche, pour s'attacher ensuite aux résultats attendus. L'atteinte des objectifs fixés sera confrontée à des indicateurs et le résultat de l'évaluation fera l'objet d'un rapport.

3.8.1 L'évaluation de la démarche de projet :

Le projet s'inscrit dans un contexte de carence à la problématique d'un public émergent, à ce titre il est pertinent. Il s'inscrit dans une dynamique stratégique des opérateurs, ce qui le rend d'actualité. Le potentiel dont dispose l'établissement en terme de ressources humaines, techniques et financières garantissent sa faisabilité. L'évaluation des besoins sur le plan local, le bénéfice attendu pour les usagers, l'intégration de notre action dans un processus d'accompagnement continu, rendent le projet réaliste. Sa modélisation le rend transposable et adaptable à des situations similaires.

3.8.2 L'évaluation des résultats du projet :

Au préalable, il me faut définir les axes que je souhaite évaluer, l'image de la résidence, les résultats, la qualité des prestations, la satisfaction des usagers, l'implantation dans le milieu local, l'impact financier, la participation et les liens avec le réseau. L'élaboration d'un questionnaire de satisfaction semi-directif sur la base de ces thèmes permettra

l'évaluation subjective du projet. Ce questionnaire sera destiné aux usagers, aux familles aux professionnels et adapté en conséquence.

Les entretiens d'évaluation, du personnel, les interviews des usagers et des familles, les commentaires issus des réunions professionnelles (plate-forme partenariale), les groupes de paroles, seront autant d'indicateurs d'appréciation de l'impact du projet.

3.8.3 La mesure des objectifs attendus :

L'atteinte des objectifs attendus se traduit par la mesure objective des écarts constatés entre une situation initiale et des critères définis comme satisfaisants. L'audit réalisé par le COPIL avec le démarrage de la démarche qualité déterminera le point de départ de l'évaluation. La détermination des indicateurs devra suivre une méthodologie qui différenciera ;

- les **indicateurs de structure** qui se rapportent aux aspects environnementaux. L'évaluation des taux d'occupation apportera une réponse à l'offre proposée.,
- les **indicateurs pour mesurer les pratiques** et en vérifier la fiabilité. L'évaluation de la participation aux nouvelles activités sera le signe d'un choix adapté.
- les **indicateurs de résultats** qui objectiveront l'amélioration de la qualité. La diminution du nombre d'insatisfactions pour troubles causés par d'autres pensionnaires sera un indicateur intéressant.

Je confierai l'élaboration des indicateurs de mesure des pratiques à des groupes de travail qui pourront s'inspirer des recommandations de l'arrêté du 26 avril 1999.

L'évaluation devra mettre en évidence les réponses apportées à la problématique de l'émergence de publics nouveaux, à la qualité de la prise en charge, à la spécificité du public, à la diversification des réponses apportées. L'évaluation, plus complexe, de l'apport de la pluridisciplinarité portera sur la production qualitative des projets de vie individualisés.

3.8.4 Les rapports d'évaluation :

L'évaluation du projet sera formalisée. Elle alimentera l'évaluation interne et externe destinée à répondre aux exigences de la loi du 2 janvier 2002.

Je projette de construire un tableau de bord dans lequel je reprendrai les indicateurs de l'évaluation avec des marges d'appréciation selon des critères déterminés. Les données rapportées dans ce tableau de bord me permettront de suivre une veille institutionnelle et m'aideront ainsi à corriger les écarts constatés ou à valoriser des actions constructives.

3.9 Conclusion de la troisième partie :

L'hypothèse que j'ai retenue pour satisfaire à la demande d'un public âgé émergent est la restructuration de l'EHPAD en un complexe multi-modal d'accueil diversifié. Il répond en tous points aux orientations des politiques publiques et au contexte local. La conduite de sa mise en œuvre met en jeu tous les aspects de la fonction de direction. L'adoption d'un nouveau concept d'accueil induit des modifications tant sur le plan architectural que sur le plan du management. Ces changements doivent être accompagnés et réalisés avec la participation des acteurs. Opportunités ou contraintes, il m'appartient de traduire ces changements en outils de mobilisation et de modernisation. Par la pluridisciplinarité des intervenants, je répond à la diversification des publics, et par la création d'unités et de modes d'accompagnement spécifiques, je favorise la transversalité des interventions. L'adossement à l'EHPAD existant représente un atout à la création des nouvelles unités par la mutualisation des services. La refonte de l'organigramme produit une nouvelle gouvernance et une meilleure répartition des délégations. Le renforcement de l'encadrement de proximité favorise le développement des projets de service au bénéfice des usagers. L'introduction des nouveaux métiers participe au mixage des cultures professionnelles et donne un élan au déroulement des carrières. Les composantes financières mériteront d'être affinées, mais elles apparaissent déjà très vraisemblables en intégrant les nouveaux outils de la tarification, les améliorations formalisées et l'approche des ratios d'encadrement souhaités. Pourtant, demeure encore une inconnue, et non des moindres, quand il s'agit d'affirmer l'égalité d'accès à la prise en charge de la dépendance à toute personne vieillissante. La prise en charge d'un cinquième risque de protection sociale sera-t-elle compatible avec une réduction du reste à charge pour le citoyen âgé ?

Conclusion générale :

De l'émergence d'une problématique nouvelle au sein l'EHPAD que je dirige, j'ai conduit une réflexion dont le constat ne relève pas seulement de notre établissement, ni même de notre organisation, mais bien d'une situation conjoncturelle sociétale. L'explosion démographique des baby-boomers et l'augmentation de l'espérance de vie touche également des populations que la vie avait éloignée du vieillissement et produit de nouvelles dépendances. Mais force est de constater que les actions sur le terrain pour absorber ce flux de personnes qui deviennent dépendantes avec l'âge ne sont pas à la hauteur de nos ambitions. L' EHPAD est aujourd'hui confronté à la métamorphose du paysage médico-social lié au vieillissement et au développement des politiques de maintien à domicile dans son propre secteur.

Ainsi les personnes qui deviennent âgées peuvent être démentes ou handicapées et nécessitent un accompagnement adapté qui fait aujourd'hui défaut. Cet accompagnement s'inscrit dans un processus qui intègre à la fois la spécificité des publics et la diversification des propositions d'accueil.

C'est à moi qu'il revient de mobiliser nos équipes dans des projets innovants, de faire valoir la plus value sociale de notre action et d'être responsable de la qualité et des équilibres financiers de plus en plus contraints. La formation CAFDES m'aura fait prendre conscience de ce rôle important qu'est celui de dirigeant. Elle m'a donné les outils pour une approche méthodique de l'analyse des situations complexes. Elle me permet d'engager des projets sur la base d'hypothèses fondées.

Ainsi, L'EHPAD P. WAUTRICHE n'échappant pas à l'émergence de ces populations, j'ai choisi de le restructurer en un complexe multi-modal d'accueil diversifié.

Le contexte environnemental de carence en matière de réponse aux besoins de cette problématique émergente, renforce mon positionnement et la pertinence de mon choix.

Les ressources mobilisables tant techniques, humaines et financières participent à la faisabilité du projet. Les orientations en faveur de la prise en compte de la dépendance déclinées sur les plans, national, régional et départemental nourrissent ce projet sur le plan local en favorisant la convergence et le décroisement des dispositifs personnes âgées/personne handicapées. Des marges de manœuvre sont présentes à toutes les étapes du projet.

La restructuration de l'EHPAD s'organise autour de la création de deux unités spécifiques et intègre l'aide aux aidants par le développement de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour. L'adossé à l'existant participe à l'adaptation naturelle de l'activité de

la structure et favorise la mutualisation des services au bénéfice des résidents. Le projet d'établissement est revisité et l'organisation est modifiée pour satisfaire aux exigences de pluridisciplinarité dont relève le public à accueillir. La conduite des projets de service et des projets de vie individualisés sera confiée aux acteurs les plus proches des usagers sous la responsabilité de nouveaux cadres.

Toutefois la conduite du projet devra tenir compte de la modification éventuelle des arguments sur lesquels il s'appuie (législation, autres projets, financements, positionnement des bénéficiaires, positionnement des acteurs, ...)

J'ai repéré cependant, des points faibles qui constituent les limites de mon projet. Ainsi la restauration reste une interrogation tant qu'aucune proposition technique ne sera retenue. Selon l'hypothèse retenue, celle que j'ai développé n'aura pas d'incidence, mais le choix d'une implantation au sein des nouvelles unités obligera à revoir l'aspect financier et architectural.

De même la constitution de GCSMS est subordonnée à l'élargissement du réseau de partenaires en particulier entre les deux secteurs jusqu'alors cloisonnés. D'autre part les personnes dépendantes maintenues à domicile n'ont pas fait l'objet d'enquête précise pour leur permettre l'accès à ces nouvelles modalités d'accueil.

Les résultats de l'évaluation du projet durant sa mise en œuvre permettra de conforter les choix opérés et/ou d'engager des actions correctrices.

Pour autant que ce projet puisse être ambitieux, il n'en est pas moins réalisable. Cependant, il met en œuvre des changements importants et simultanés (travaux, nouveau public, formation, mobilité, réseau, coopération, nouveaux métiers, ...) dont l'essentiel demeure toutefois le positionnement des autorités de tarification au regard des nouvelles dispositions réglementaires relatives à l'accès de la prise en compte de la dépendance quelque soit l'âge.

L'émergence de la création d'un cinquième risque de protection sociale sera t-elle une réponse à l'harmonisation des dispositifs pour une convergence de l'accompagnement de la dépendance et en particulier celle liée au vieillissement ?

Si tel est le cas d'autres pistes seront plus faciles à exploiter et à développer comme l'accueil itinérant, l'accueil de nuit, l'accueil pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiques et les migrants âgés.

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

PLANTET Joël. Loi du 30 juin 1975, droits des usagers, qualité des prestations, évaluation. *Lien social*. 17 février 2000. n° 519

LEJARD Laurent. Handicapés vieillissants ... ou âgés ? *Focus*. octobre 2001. disponible sur internet « <http://www.yanous.com/news/focus/focus011026.html> »

MERLENNE Bernard ; Les personnes handicapées vieillissantes à la charge permanente de leurs parents. *association Famidac*. Janvier 2003. [mise à jour 23/08/05] disponible sur internet « <http://www.famidac.net/article137.html> »

MORMICHE Pierre. Le handicap en institution/ le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000. *Division des enquêtes INSEE*. septembre 2003 n° 803.

HARTWEG Jean. Les personnes handicapées vieillissantes. *La forteresse éclatée*. N° 55-56. disponible sur internet « http://www.proaidautisme.org/notes/ccah_2001.htm »

DAHERON Blandine. La Loire atlantique favorise l'accueil temporaire des adultes handicapés. *La gazette santé-social* 19 avril 2004 p 32

PAUL Mæva. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. Qu'est ce qu'accompagner veut dire ? *l'harmattan* décembre 2004. disponible sur internet « <http://www.editions-harmattan.fr/> »

MONTCHAMP Marie-anne, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. *Réussir la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ; Enjeux et nouvelles solutions*. Intervention du mardi 15 février 2005 dans le cadre d'une conférence organisée par le magazine Direction.

Handicapés vieillissants, quel rôle pour les EHPA ? *Le mensuel des maisons de retraite*, n° 91 mai 2005, pp 9-13.

LEVY Louis, *Médecins coordonnateurs en EHPAD. Alzheimer : le mal du siècle ?* 12 juillet 2005 disponible sur internet « <http://medcor.mg-coordonnateurs.org/> »

MAEREL Marie-JO. L'accueil temporaire, une pratique encore marginale. *Actualités sociales hebdomadaires* . n° 2423 ; 30 septembre 2005 pp. 37-38

VERFAILLIE Bertrand . Dossier, accueil de jour, accueil temporaire. *Bulletin d'information du Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées du Nord*. n° 66. novembre 2005 pp. 4-5.

DUSSART Patrick. CREA Nord Pas de Calais. *Flash hebdomadaire de documentation*. 29 mars 2006 n° 12.

Politiques gérontologiques, Plan solidarité grand âge. *Gérontologie magazine* Juin-Juillet 2006. n°14

L'usure des travailleurs handicapés en ESAT. *Actualités sociales hebdomadaires*. 8 septembre 2006. n° 2468. pp 41-42.

Plan solidarité grand âge ; constat exact et réponses inadaptées. *La lettre de l'ADEPHPA*. 8 septembre 2006.

L'UNIOPSS formule de nombreuses propositions pour améliorer le PLFSS *Actualités sociales hebdomadaires*. 27 octobre 2006. n° 2475-2476. p 41.

D'HOLLANDER Philippe. Le vieillissement des personnes handicapées. *Le vieillissement*. 3 novembre 2006. disponible sur internet « <http://www.siwadam.com/hmm/v3.htm> »

Aider les aidants familiaux, un impératif éthique et économique. *Actualités sociales hebdomadaires*. 10 novembre 2006. n° 2477-2478. pp 39-40.

La CNSA souligne, dans son premier rapport annuel, l'urgence de « penser un cinquième risque ». *Actualités sociales hebdomadaires*. 17 novembre 2006. n° 2479. pp 11-12.

Dossier le Nord. Conseil général du Nord. *Politiques sociales, de nouvelles ambitions*. Janvier 2007.

Une maison de retraite près de Lyon accueille un jardin thérapeutique pour les patients Alzheimer . disponible sur internet « <http://www.senioractu.com> »

MIRAMON Jean-Marie, veille institutionnelle, mieux vaut prévenir que guérir, *ASH magazine*, mai-juin 2007.

CHAMPVERT Pascal, vers le 5^{ème} risque ? *Les cahiers de l'AD-PA*, mai-juin 2007.

GUERIN Serge l'urgence du 5^{ème} risque *Les cahiers de la FNADEHPA* n° 97 juin 2007.

BONJOUR Elisabeth, Humanitude : une démarche collective, des solutions individuelles. *gérosophie magazine* n° 21 juin-juillet 2007 pp 14-15

Le concept SNOEZELEN, Formation ad(>)équatis formation et conseil E-Mail : <http://www.adequatis-formation.fr>

Statistiques :

Statistiques et indicateurs de la santé et du social *DRASS Nord Pas de calais. Services et études statistiques*. Mémento 1997 à 2005.

Les personnes âgées *Fiches thématiques. Edition 2005*. disponible sur internet www.insee.fr/fr/ppp/publication/fiche.

Evolution du nombre de personnes âgées en France métropolitaine. *Décideurs en gérontologie* n° 71 juillet-août 2005 p.13

L'hébergement en établissement des personnes âgées dans le Nord Pas de calais. DRASS-DDASS Nord Pas de calais. Septembre 2006. n° 16. disponible sur le site » « http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/statistiques/etude_regionale.htm »

HERAN F., PISON G. *populations et société* n° 432, INED mars 2007 source INSEE.

Rapports :

MANRIQUE Joseph. Avis adopté par l'assemblée plénière du 27 février 1996. *La prise en charge de l'adulte handicapé vieillissant*. Disponible sur internet « http://www.cg13.fr/telechargements/conseil-general/cdc/avis_cdc/96_02_manri.pdf »

Vivre et vieillir quelque soit son handicap : « l'hébergement des personnes handicapées vieillissantes ; diversifier les réponses » URIOPS Nord pas de calais mai 1999

L'hébergement collectif des personnes âgées françaises en zone transfrontalière belge. Rapport du Conseil Economique et Social du Nord pas de Calais du 18 octobre 2005.

THIÈMÉ Fabien. Conseil Général du Nord. rapport n° DSPAPH/2005/1704 relatif à la participation financière du Département aux structures d'accueil de jour, 14 novembre 2005.

LUQUET Valérie. *Vieillesse et cessation d'activité des travailleurs handicapés en ESAT*. Document de travail Avril 2006. CLEIRPA. Disponible sur internet <http://www.chorum.fr>

JAMOT Murielle, CAUSSE David. *Quelles structures pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes ?* Fédération hospitalière de France. 8 juin 2006, version 1. disponible sur internet <http://www.ctnerhi.com/fr/enews/flash/index.php?cid=85>

BLANC Paul. *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*. Rapport remis à Philippe Bas. 11 juillet 2006.

Ouvrages :

MINTZERBG Henry. *Structure & dynamique des organisations*. Les éditions d'organisation. 1991. Paris. pp. 35-50.

GUYOT Patrick. *La vieillesse des personnes handicapées. Quelles politiques sociales ?* PUF. Publication du CTNERHI. 1993. numéro hors série ; 157 p.

MIRAMON Jean-Marie, *Manager le changement*, Editions ENSP, 4^{ème} trimestre 1996, 105 p.

ARGOUD Dominique, PUIJALON Bernadette, *La parole des vieux*, Fondation de France Edition Dunod 1999 221 p

GINESTE Yves, PELLISIER Jérôme. *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. extrait du chapitre 3 Edition Bibliophane. Avril 2005.

HERVY Bernard. *L'animation en institution*. Chastrusse. Fondation nationale de gérontologie. Mars 2001. cahier n° 96. 204 p

ZRIBI G., SARFATY J. *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*. Dijon. Editions ENSP. octobre 2003. 198 p

PASTOR Pierre, BREARD Richard. *Les treize savoirs clés du manager. Pour une théorie de l'adéquation*. Editions liaisons ; octobre 2003. p.274.

CHALINE Brigitte. *Structures d'accueil spécialisé Alzheimer, manuel de conception architecturale*. réalisé avec le soutien des laboratoires Eisai et Pfizer. Septembre 2003, 142 p.

BECKER J-C, BRISSONNET C, LAPRIE B et al. *Projet d'établissement, comment le concevoir et le formaliser ?* Collection action sociale, ESF éditeur avril 2004. 171 p.

MIRAMON Jean-Marie et al, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Editions ENSP, avril 2005 264 p.

R. DUMONT, diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod 2005 p.271

LOUBAT Jean-René, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Editions DUNOD, juin 2006 pp 161-173.

PLACIARD Jean-Claude. *La prospective dans l'action sociale, enjeux et pratiques*. Edition WEKA septembre 2006, 138 p

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, essai Edition points pp 34-45.

ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER, *Le livre vert de la maladie d'Alzheimer< ; État des lieux et perspectives*. 2006 disponible sur internet. « <http://www.francealzheimer.org/> »

Textes réglementaires :

JO du 1 juillet 1975. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux établissements sociaux et médico-sociaux.

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 besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

JO n°98 du 27 Avril 1999 Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

JO du 21 juillet loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie créant l'APA.

JO n° 2 du 3 janvier 2002 loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

JO n° 190 du 17 août 2004. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

JO n° 151 du 1 juillet 2004 Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées créant la CNSA.

JO n° 36 du 12 février 2005. loi n° 2005-102 du 11 février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

JO n° 84 du 8 avril 2006. décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale.

Schéma départemental d'organisation social et médico-social 2007-2011. *volet personnes âgées et adultes handicapés. Département du Nord. et pp 7-182.*

Personnes auditionnées :

L. D. Directeur EHPAD, les onze villes à RIEULAY

O. G. Directeur du foyer de vie, le Rayon vert à CANTIN

J-L K Directeur du foyer de vie Thérèse Olivier à SOMAIN

G. L Médecin psychiatre, chef de service CH Douai, expert auprès du tribunal de Douai

J-L M Educateur spécialisé au foyer de vie, la Joncquière » à AVENELLES

J. R. AMP au foyer de vie, le rayon vert à CANTIN

Logiciel :

GALAAD version 3. Editée par le service médical de la CANMTS. Disponible sur internet « <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/logiciel-galaad-version-3.2.php> »

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	La grille AGGIR
Annexe II	L'outil PATHOS
Annexe III	Statistiques relatives à l'espérance de vie et à l'évolution démographique de la population
Annexe IV	Répartition et projections des plus de 60 ans sur le plan national et régional Nord
Annexe V	Dispositifs comparés pour les personnes handicapées et les personnes âgées
Annexe VI	Le pilotage d'une entreprise sociale et l'arc stratégique
Annexe VII	Evaluations des besoins et mouvement du personnel
Annexe VIII	Population concernée par l'accueil temporaire
Annexe IX	Le concept Snoezelen
Annexe X	Impact financier des mouvements de personnel selon deux hypothèses
Annexe XI	Evaluation des ressources de la restructuration
Annexe XII	Calendrier de progression du projet
Annexe XIII	Les groupements de coopération sociale et médico-sociale

La grille AGGIR

Il existe six groupes iso-ressources ou GIR (calculés par un algorithme complexe imposant l'informatique)

Le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous-groupes :

d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (les "grabataires lucides") et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;

d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les "déments déambulants") ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé une bonne autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

Le GIR 4 comprend deux sous-groupes essentiels :

d'une part, des personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimente seule.

d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Le GIR 5 est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

Le GIR 6 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie pour tous les actes discriminants de la vie courante.

Tableau de synthèse :

	Surveillance	Présence	Fréquence des actions
Groupe 1	Permanente	Permanente	Permanente
Groupe 2	Permanente	Importante	Importante
Groupe 3	Non permanente	Importante	Forte mais ponctuelle
Groupe 4	Non permanente	Non permanente	Ponctuelle
Groupe 5	Ponctuelle	Ponctuelle	Ponctuelle

Capacités évaluées

Activités mentales

1. Cohérence
2. Orientation

Activités corporelles

3. Toilette
4. Habillage
5. Alimentation
6. Elimination

Activités de déplacement

7. Transferts
8. Déplacements intérieurs
9. Déplacements extérieurs
10. Possibilités pour alerter

Rappelons que le codage dans AGGIR peut prendre trois modalités :

A fait seul spontanément

totale
habituellement
correctement

B fait non spontanément

et/ou partiellement
et/ou non habituellement
et/ou non correctement

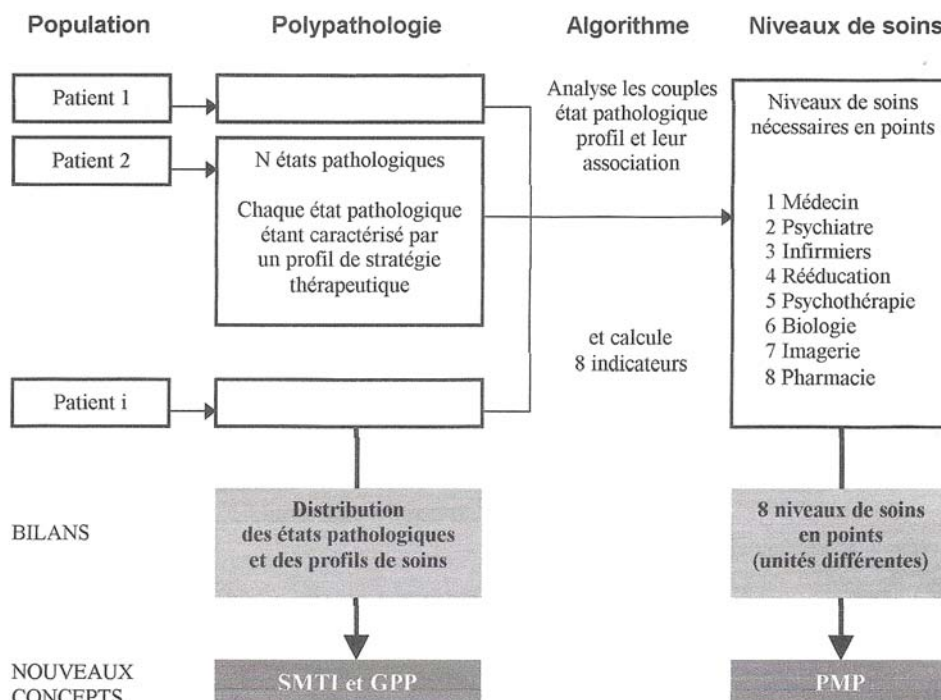
C ne fait pas ni spontanément, ni totalement, ni habituellement,
ni correctement

Il faut « faire faire » ou « faire à la place »

Le modèle PATHOS

Rappel des principaux concepts

50 états pathologiques
12 profils de stratégie thérapeutique
240 couples état pathologique - profil
8 postes de soins



Tous ces éléments permettent l'analyse **quantitative et qualitative** de l'état de santé d'une population, et des moyens à mettre en œuvre pour prendre en charge cette population. Les nouveaux concepts (SMTI et PMP) sont intégrés aux logiciels institutionnels (ARGOSS et GALAAD), avec l'outil SOCIOS depuis la fin de l'année 2003.

Extrait du guide d'utilisation du modèle PATHOS délivré par la CRAM p 10

Statistiques relatives à l'espérance de vie et à l'évolution démographique de la population

Espérance de vie à divers âges

Mis à jour : 01/2006

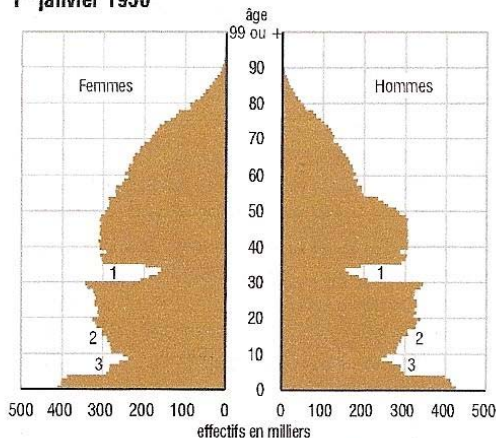
	À la naissance		À 20 ans		À 60 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1990	81,0	72,7	61,8	53,9	24,2	19,0
1991	81,2	72,9	62,0	54,0	24,4	19,2
1992	81,5	73,2	62,2	54,2	24,7	19,3
1993	81,5	73,3	62,2	54,3	24,6	19,4
1994	81,9	73,7	62,6	54,6	25,0	19,7
1995	81,9	73,9	62,6	54,7	24,9	19,7
1996	82,1	74,1	62,7	54,9	25,0	19,7
1997	82,3	74,6	62,9	55,4	25,2	19,9
1998	82,4	74,8	63,0	55,5	25,3	20,0
1999	82,5	75,0	63,1	55,8	25,3	20,2
2000	82,8	75,3	63,4	56,1	25,6	20,4
2001	82,9	75,5	63,5	56,3	25,7	20,7
2002	83,0	75,8	63,6	56,5	25,8	20,8
2003	82,9	75,9	63,4	56,5	25,6	20,8
2004 (p)	83,8	76,7	64,3	57,4	26,5	21,5
2005 (p)	83,8	76,8	64,3	57,4	26,4	21,4

(p) : données provisoires.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, bilan démographique.

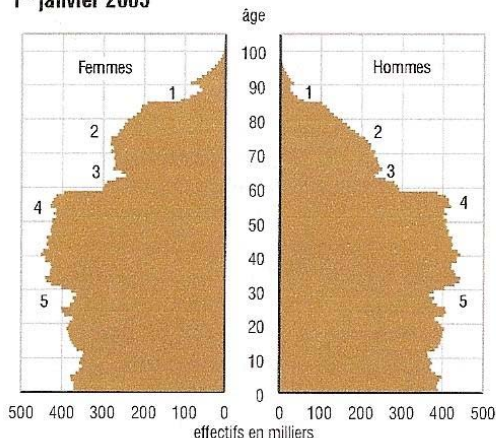
1 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 1950



1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945.

Source : Insee, État civil.

2 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2005



1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945 ;
4 : « baby-boom » ;
5 : fin du « baby-boom ».

Source : Insee, État civil.

ANNEXE IV

Tableaux de répartition de la population de plus de 60 ans sur le territoire français et sur la région Nord Pas de Calais, et projections à 2050.

Répartition et projection de la population française métropolitaine en % de la population								
années	Population	évolution	60 / 64 ans	évolution	65 ans et +	évolution	75 ans et +	évolution
1950	41 647 000.00		4.8		11.4		3.8	
1990	56 577 000.00	35.85%	5.1	6.25%	13.9	21.93%	6.8	78.95%
2000	58 796 000.00	3.92%	4.6	-9.80%	16	15.11%	7.2	5.88%
2005	60 702 000.00	3.24%	4.4	-4.35%	16.4	2.50%	8	11.11%
2030	67 204 000.00	10.71%	6.1	38.64%	23.2	41.46%	12	50.00%
2050	69 961 000.00	4.10%	5.7	-6.56%	26.2	12.93%	15.6	30.00%

Tableau 1

tableau réalisé à partir des données INSEE au 01/01/2007 et projections 2030-2050

Répartition et projection de la population de la région Nord pas de calais en % de la population						
	65 et +	évolution	75 et +	évolution	85 et +	évolution
2000	16		7.2		2.2	
2010	17	6.25%	9	25.00%	2.5	13.64%
2030	24.9	46.47%	13.1	45.56%	3.8	52.00%
2050	29.2	17.27%	18.1	38.17%	7.5	97.37%

Tableau 2

tableau de synthèses de données source Insee, projection de population à l'horizon 2050

Dispositifs comparés pour les personnes handicapées et les personnes âgées²

Personnes handicapées	Personnes âgées
Loi du 11/02/2005	Loi du 20/07/2001
Droit à compensation du handicap « quelle que soit l'origine du handicap, âge et mode de vie » besoins inscrits dans un plan élaborés selon le projet de vie. L'allocation (PCH) est un volet du droit à compensations	A droit à l'APA permettant une prise en charge adaptée des besoins, « toute personne âgée dans l'incapacité d'assumer les conséquences de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental »
PCH accordée à: Toute personne handicapée dont âge < ou = âge limite fixée par décret Toute personne handicapée dont âge > âge limite dont le handicap répondait avant cet âge aux critères si la demande est formulée avant cet âge Toute personne handicapée dont âge > âge limite mais exerçant une activité professionnelle.	APA accordée dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire à toute personne âgée selon critères de ressources et évaluation de perte d'autonomie. Outil d'évaluation = la grille AGGIR
Conditions d'entrée en établissement	
Orientation CDAPH, l'établissement ne peut pas refuser l'accueil	Entente directe établissement/bénéficiaire
Tarification	
Tarif hébergement TH (arête CG) Tarif assurance maladie TAM (arrêté Etat) FAM= TH, MAS = TAM	Tarif hébergement TH (arête CG) Tarif dépendance TD (arrêté PCG avis Etat) Tarif assurance maladie TAM (arrêté Etat avis PCG et CRAM) EHPAD = TH+TD+TAM
Prestation autonomie	
PCH maintenue en cas d'hébergement en établissement pour adultes handicapés	APA = tarif agréé de l'établissement – Ticket modérateur à charge de PA Versée à l'établissement (dotation globale) ou au bénéficiaire
Participation	
TH ⇒ bénéficiaire ou AS subsidiaire sans obligation alimentaire, ni récupération sur succession Maintien des conditions AS si ⇒ en EHPAD TAM ⇒ pas de participation	TH ⇒ à charge du bénéficiaire ou AS subsidiaire avec obligation alimentaire et récupération sur succession PH si hébergée en établissement pour PA ou si % incapacité > taux ⇒ AS dans mêmes conditions que PH TD ⇒ département sans obligation alimentaire ni recours sur succession mais participation TM TAM ⇒ pas de participation
Reste à vivre	
10% des ressources mini = 30 % de l'AAH (621.27 € soit 186.38 €)	10 % des ressources ⇒ mini = 1% mensuel du mini vieillesse annuel (7455.30 € soit 74.55 €)
Politiques publiques	
Schéma départemental, PRIAC (Etat , région) MDPH, CDAPH (équipe pluridisciplinaire)	Schéma départemental, PRIAC (Etat , région) CLIC
CNSA : anime réseau MDPH et réseau partenarial PH. Assistance technique. Attribue dotations aux départements. Organise les PRIAC. Dispose de crédits pour MDPH. Ministère et DGAS élaborent la réglementation. Co-pilote avec CNSA certaines actions.	CNSA : anime réseau partenarial PA. Assistance technique. Attribue dotations aux départements dont APA. Organise les PRIAC. Dispose de crédits pour services aux PA. Ministère et DGAS élaborent la réglementation. Co-pilote avec CNSA certaines actions.

² tableau reconstitué à partir du rapport du sénateur Paul Blanc du 11 juillet 2006

Le pilotage d'une entreprise sociale et l'arc stratégique

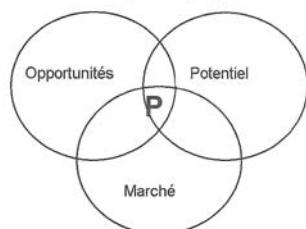
Elaboré à partir du livre de Jean-Marie Miramon

Manager le changement dans l'action sociale

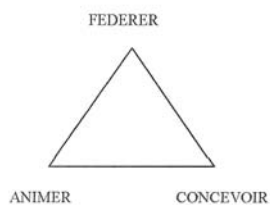
Editions ENSP 1996 pp 39-65

Le projet :

Les champs du projet

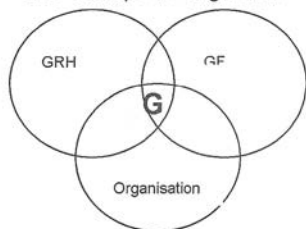


Les compétences liées au projet

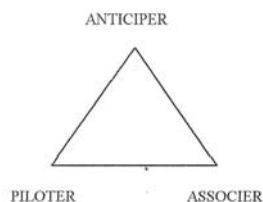


La gestion :

Les champs de la gestion

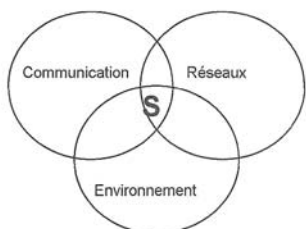


Les compétences liées à la gestion

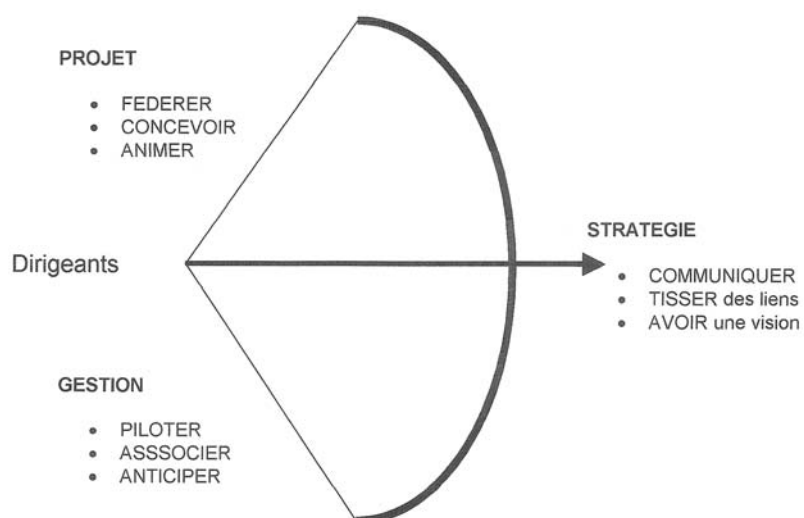


La stratégie :

Les champs de la stratégie



Les compétences liées à la stratégie



calcul des besoins d'accompagnement pour les unités (hors médiacux et paramédicaux)				
JOUR par nouvelle UNITE de 6h30 à 21h30 = 15 h	15 heures	365 jours		
	hypothèse basse		hypothèse haute	
	nb salariés	nb heures	nb salariés	nb heures
	2	10950	3	16425
horaire annuel pour 1 ETP	1820			
soit en ETP		6.02		9.02
soit pour 2 unités supplémentaires		12.03		18.05
NUIT de 20 h 45 à 6 h 45 = 10 h PAR UNITE	10 heures	365 jours		
	hypothèse basse		hypothèse haute	
	nb salariés	nb heures	nb salariés	nb heures
	3	10950	4	21900
horaire annuel pour 1 ETP	1820			
soit en ETP		6.02		12.03

mouvements du personnel selon une hypothèse basse

HYPOTHESE BASSE									
CATEGORIES PROFESSIONNELLES	EHPAD actuel	EHAPD restructuré			total ETP après	mesure des écarts			mouvement
		UNITE ordinaire	UNITE Alzheimer	UNITE handicapé		écart général	par section tarifaire		
						H	D	S	
DIRECTEUR	1.00	1.00			1.00				mutualisé sur les 3 unités
CADRE d'unité			1.00	1.00	2.00	2.00			recrutement
ADM - SECRETAIRE	1.00	1.00	0.50	0.50	2.00	1.00	1.00		recrutement ou pérennisation du contrat aidé
ANIMATRICE	0.61	2.00			2.00	1.39	1.39		recrutement
MONITEUR EDUCATEUR				2.00	2.00	2.00			recrutement ou formation CIF
PSYCHOLOGUE		1.00			1.00	1.00	1.00		recrutement ou mise à disposition du GCSMS
AGENT LOGISTIQUE maintenance	1.00	2.00			2.00	1.00	0.70	0.30	recrutement
AGENT LOGISTIQUE entretien	5.35	5.35	0.50	0.50	6.35	1.00	0.70	0.30	augmentation des temps partiels
AUXILIAIRE DE VIE	12.35	7.35			7.35	-5.00	-3.50	-1.50	mobilité (transfert par VAE en AMP/AS)
LINGERE	1.31	2.00			2.00	0.69	0.49	0.21	augmentation des temps partiels
AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	1.00	1.00	3.00	3.00	7.00	6.00	1.80	4.20	recrutement et mobilité (VAE et CIF)
AIDE-SOIGNANTE	8.11	8.11	3.00	1.00	12.11	4.00	1.20	2.80	mobilité interne ettransferts ASH (VAE)
AIDE SOIGNANTE DE NUIT	4.00	6.00			6.00	2.00	0.60	1.40	mobilité interne et/ou recrutement
MEDECIN COORDONATEUR	0.23	0.40			0.40	0.17		0.17	augmentation du temps partiel
INFIRMIERE	3.00	4.00			4.00	1.00		1.00	recrutement
KINESITHEAPEUTE		1.00			1.00	1.00		1.00	recrutement ou mise à disposition du GCSMS
ERGOTHEAPEUTE		0.50			0.50	0.50		0.50	recrutement ou mise à disposition du GCSMS
PSYCHOMOTRICIEN		0.50			0.50	0.50		0.50	recrutement ou mise à disposition du GCSMS
	38.95				59.21	20.26	2.78	3.91	11.57
ratio	0.53 sur 74				0.65 sur 91				

ACCUEIL TEMPORAIRE

Population concernée :

Ce type d'accueil doit prendre en charge des personnes de 60 ans et plus.

Par dérogation accordée préalablement par le Département, il sera ouvert aux personnes de moins de 60 ans diagnostiquées Alzheimer.

Les recommandations minimales figurant au schéma gérontologique sont les suivantes :

- Personne ne pouvant plus rester à leur domicile en raison de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
- Personne ne pouvant s'intégrer aux résidents de la maison de retraite
- Personne n'ayant pas eu d'aggravation rapide et ayant un bilan somatique normal, dont la sévérité des troubles ne nécessite pas un avis médical de spécialiste régulier ou un ratio soignant plus élevé.

Enfin, le contrat de service qui sera conclu entre la structure et la personne accueillie doit prévoir les critères d'admission et les critères de sortie de cet accueil de jour. Il peut également envisager une clause de réorientation négociée dans le cas où l'évolution de l'état de santé ne permettrait plus à cette dernière de correspondre aux critères d'admission.

Extrait de la délibération de commission permanente du Conseil Général du Nord du 14 novembre 2005 reprise dans le schéma départemental 2007-2011.

Profil du résident d'une unité psycho-gériatrique :

Un dossier sera constitué avec anamnèse (histoire de la personne âgée) du domicile à l'institution (valable également et en particulier pour l'accueil de jour)

Une visite de pré-admission est obligatoire pour la famille **avec** la personne âgée.

*On établira à l'entrée, une certaine homogénéité de profils avec **un diagnostic établi de démence**. La **motricité devra être conservée** et répondre à surajoutées l'absence de pathologies évolutives ou non stabilisées.*

Les demandes d'admission seront examinées par le Médecin-Coordinateur qui effectuera un examen complet permettant un diagnostic précis du stade de la maladie et évaluant les pertes mais surtout **les potentialités restantes**.

Il est souhaitable de limiter le nombre de résidents par unité à 12 personnes.

Extrait d'un rapport réalisé par un groupe de directeurs d'établissement de la FCEs sur la création d'une unité psycho-gériatrique en 2005

Les espaces Snoezelen ou l'éveil des sens

Le concept Snoezelen est né aux Pays-Bas dans les années 1970 à l'initiative de deux psychologues. Il consiste en la mise en éveil des sensations physiques. Cette approche, initialement destinée à l'accompagnement de personnes atteintes de problèmes d'apprentissage et de communication se développe de plus en plus dans les établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie où leur bénéfice est visible tant pour les résidents que pour les soignants.

« **Snoezelen** » résulte de la contraction de deux mots néerlandais qui signifient : renifler pour « snuffelen », somnoler pour « doezelen ».

Les implantations françaises d'espaces Snoezelen ont commencé à voir le jour dans les années 90. Ces environnements confortables et rassurants sont propices à la stimulation des 5 sens par la musique, les jeux de lumière, la vibration, les sensations tactiles et olfactives.

Ces espaces proposent des expériences variées stimulant les sens primaires dans une atmosphère de confiance et de détente. Ils deviennent ainsi lieu de convivialité, de respect mutuel, d'écoute. Pour les personnes qui ne sont plus en mesure de s'investir dans une activité gratifiante, les espaces Snoezelen redonnent de l'importance à des choses simples.

La salle "blanche" permet la relaxation et développe la vue ; elle crée une atmosphère de détente, de sécurité et de stimulations douces. Les effets lumineux, lumières mobiles, colonnes à bulles ou à balles, musique appropriée encouragent la concentration. Elle peut aussi développer le sens tactile grâce au toucher des revêtements aux textures diverses.

La salle de découvertes encourage le mouvement à partir de différentes positions du corps et favorise les jeux moteurs. Le sens olfactif y est stimulé au moyen de diffuseurs d'huiles essentielles, notamment.

La salle interactive favorise l'entrée en relation, grâce aux souffles, aux jeux de lumière, de sons et fréquences de différents instruments de musique...

CELA NECESSITE :

une APPROCHE GLOBALE DE LA PERSONNE, une DÉMARCHÉ TRANSVERSALE
au NIVEAU de l'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE,
un PERSONNEL FORMÉ, RESPECTUEUX et TOLÉRANT,
un LIEU de PAROLE où PEUVENT S'ÉCHANGER
QUESTIONS, ESPOIRS, DÉCEPTIONS et DOUTES
SANS JUGEMENT DE VALEUR NI INTERPRÉTATION, respectant et stimulant les
POTENTIALITÉS DU SUJET DE SOIN,
en ADAPTANT NOS CODES ET SIGNES CONVENTIONNELS à l'ORIGINALITÉ ET LA
SINGULARITÉ DE CHACUN D'EUX.

Extrait de l'interview réalisées lors du salon GERONT EXPO-HANDICAP EXPO 2007
Avec l'aimable autorisation de PG Promotion

et

ad(>)équatis formation et conseil E-Mail : info@adequatis-formation.fr

ANNEXE X

Evaluation de l'incidence financière des mouvements de personnel dans les différentes sections tarifaires selon deux hypothèses.

HYPOTHESE HAUTE									
CATEGORIES PROFESSIONNELLES	Coefficient base	Equivalent ETP	total points avant	Mesures	total points après	différence points	H	D	S
				nouvelles ETP					
DIRECTEUR	870	1.00	870		870				
CADRE d'unité	465			2.00	930	930			
ADM - SECRETAIRE	329	1.00	329	1.00	658	329	329		
ANIMATRICE		0.61		1.39					
MONITEUR EDUCATEUR	408			4.00	1 632	1 632	1 632		
PSYCHOLOGUE	518			1.00	518	518		518	
AGENT LOGISTIQUE maintenance	291	1.00	291	1.00	582	291	204	87	
AGENT LOGISTIQUE entretien		5.35		0.65					
AUXILIAIRE DE VIE	306	12.35	3 779	-5.00	2 249	-1 530	-1 071	-459	
LINGERE		1.31		0.69					
AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	351	1.00	351	10.00	3 861	3 510		1 053	2 457
AIDE-SOIGNANTE	351	8.11	2 846	4.00	4 251	1 405		422	984
AIDE SOIGNANTE DE NUIT	377	4.00	1 508	8.00	4 524	3 016		905	2 111
MEDECIN COORDONATEUR	987	0.23	226	0.27	494	268			268
INFIRMIERE	477	3.00	1 431	3.00	2 862	1 431			1 431
KINESITHERAPEUTE	487			1.00	487	487			487
ERGOTHERAPEUTE	487			1.00	487	487			487
PSYCHOMOTRICIEN	487			1.00	487	487			487
		38.95	11 630	35.01	24 891	13 261	1 094	2 526	8 712
x par valeur du point			50 777	153	108 675	57 898	4 775	11 027	38 035
+ charges estimées à 55%			78 705	237	168 446	89 741	7 402	17 092	58 954
rapporté à l'année			944 461	2 843	2 021 355	1 076 894	88 821	205 101	707 450
assorti d'une ancienneté moyenne de 9.5 ans			1 034 185	3 113	2 213 384	1 179 199	97 259	224 585	774 657
HYPOTHESE BASSE									
CATEGORIES PROFESSIONNELLES	Coefficient base	Equivalent ETP	total points avant	Mesures	total points après	différence points	H	D	S
				nouvelles ETP					
DIRECTEUR	870	1.00	870		870				
CADRE d'unité	465			2.00	930	930			
ADM - SECRETAIRE	329	1.00	329	1.00	658	329	329		
ANIMATRICE		0.61		1.39					
MONITEUR EDUCATEUR	408			2.00	816	816	816		
PSYCHOLOGUE	518			1.00	518	518		518	
AGENT LOGISTIQUE maintenance	291	1.00	291	1.00	582	291	204	87	
AGENT LOGISTIQUE entretien		5.35		1.00					
AUXILIAIRE DE VIE	306	12.35	3 779	-5.00	2 249	-1 530	-1 071	-459	
LINGERE		1.31		0.69					
AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	351	1.00	351	6.00	2 457	2 106		632	1 474
AIDE-SOIGNANTE	351	8.11	2 846	4.00	4 251	1 405		422	984
AIDE SOIGNANTE DE NUIT	377	4.00	1 508	2.00	2 262	754		226	528
MEDECIN COORDONATEUR	987	0.23	226	0.17	395	169			169
INFIRMIERE	477	3.00	1 431	1.00	1 908	477			477
KINESITHERAPEUTE	487			1.00	487	487			487
ERGOTHERAPEUTE	487			0.50	244	244			244
PSYCHOMOTRICIEN	487			0.50	244	244			244
		38.95	11 630	20.26	18 870	7 239	278	1 426	4 606
x par valeur du point			50 777	88	82 384	31 607	1 213	6 225	20 109
+ charges estimées à 55%			78 705	137	127 696	48 991	1 880	9 649	31 168
rapporté à l'année			944 461	1 645	1 532 348	587 886	22 555	115 789	374 019
assorti d'une ancienneté moyenne de 9.5 ans			1 034 185	1 801	1 677 921	643 736	24 698	126 789	409 551

ESTIMATION DES RESSOURCES FINANCIERES DE LA RESTRUCTURATION						
section tarifaire hébergement						
prix de journée 2007	53.46 €					
	nb journées prévisionnelles	budget hbgt	Charges perso 40%	surcoût des mesures nouvelles du projet	Autres charges 60%	surcoût des mesures nouvelles du projet
2007	26470	1 415 086 €	566 034 €		849 052 €	
PROJET	30259	1 617 646 €	647 058 €		970 588 €	
écarts		202 560 €	81 024 €	entre 24 698 et 97 259	121 536 €	entre 105 301 et 177 862
section tarifaire dépendance						
		tarifs 2007	part des résidents	2007	PROJET	
	GIR 1 et 2	16.27 €	57%	245 480 €	280 619 €	
	GIR 3 et 4	8.30 €	33%	72 501 €	82 879 €	
	GIR 5 et 6	4.05 €	10%	10 720 €	12 255 €	écart
			total	330 709 €	375 753 €	45 044 €
section tarifaire soins						
	DOMINIC 2007	PATHOS	écart			
	579 864 €	1 189 880 €	610 016 €			
Accueil de jour						
	dotation/jour/place	NB places		365 jours X 50%		
CRAM	26 €	11	286 €	52 195 €		
Conseil génét	20 €	11	220 €	40 150 €		

calcul de la dotation soins

Valeur du point GMP	6.04	Valeur du point GMPS	8.4
Nombre de lit	89		
GMP	711	<u>Ancienne dominic +35%</u>	<u>Nouvelle dotation PATHOS</u>
PMP	340	579 874	1 189 880
	Ecart	610006	

CALENDRIER du projet

	2007			2008												2009												2010																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Dimension administrative																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						</

Les groupements de coopération sociale et médico-social

Article 21

L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-7. - Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 peuvent :

« 1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

« 2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

« 3° Créer des syndicats interétablissements ou **des groupements de coopération sociale et médico-sociale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat** ;

« 4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

« Les établissements de santé publics et privés peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.

« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique. Dans des conditions fixées par décret, ces mêmes établissements et services peuvent adhérer aux formules de coopération mentionnées au 2° dudit article.

« Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale. »