



**DIVERSIFIER LES MODALITES D'ACCUEIL DES PERSONNES DU
« GRAND ÂGE » POUR SOUTENIR LEUR PARCOURS DE VIE ET
REDUIRE LE RISQUE D'EXCLUSION SOCIALE ET FAMILIALE**

*A partir de l'EHPAD communal, développer une plate forme de services intégrée au dispositif
gériatrique d'un territoire rural*

Laurence DRONNEAU

2011

cafdes



Remerciements

Je remercie :

Madame Pascal Le Bolloch, directrice de la Résidence Marguerite de Rohan,

Marie Thérèse Perrais, Cadre de Santé du Centre de l'Isac,

les professionnels de ces deux structures qui m'ont accompagnée pendant mes périodes de stages,

Marina et Séverine, coordinatrices du CLIC Erdre et Gesvres et Région de Blain : j'ai découvert avec elles la complexité du soutien des personnes du grand âge, lors de mon premier stage,

Françoise Hottin, Directrice Adjointe de la CCEG,

Madame Delacretaz qui m'a judicieusement orientée vers le CLIC, dès que je lui ai exposé ma demande.

Je remercie Isabelle Tamalet de l'IRTS de Bretagne.

Et enfin, mon mari et mes filles pour leur patience soutenante ...

Sommaire

Introduction.....	1
1 DES MODES D'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT QUI AMPLIFIENT LES RUPTURES DES PARCOURS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES.....	3
1.1 Un territoire où les besoins d'accompagnement des personnes du grand âge sont importants.....	3
1.1.1 La part des personnes dépendantes (Gir 1 à 4) à domicile est élevée	3
1.1.2 Mais il existe une réticence à entrer en établissement car les structures du territoire ont une image dégradée	5
1.2 De plus en plus âgées et dépendantes, les personnes accueillies sont de moins en moins en situation d'exercer un « libre choix »	6
1.2.1 Des entrées en grand nombre de personnes âgées issues d'autres cantons et suite à des hospitalisations	6
1.2.2 Des personnes de plus en plus âgées et dépendantes	7
1.2.3 La résidence : une structure où peu de personnes entrent actuellement par « libre choix »	8
1.3 La résidence Marguerite de Rohan porteuse d'une image locale défavorable en partie liée à l'entrée systématique en chambre à deux	9
1.3.1 Une structure qui amplifie les ruptures	9
1.3.2 Une organisation précise, formalisée, « optimisée » pour ce qui est de son fonctionnement	12
1.3.3 À la recherche d'un projet partagé	15
1.4 Le centre de l'Isac, partenaire obligé mais opportun pour l'évolution architecturale de la Résidence.....	17
1.4.1 Une définition du cadre des évolutions, imposée par l'ARS, met fin à une longue période d'incertitude.....	17
1.4.2 Le Centre de l'Isac, une histoire liée aux évolutions du CHS de Pont Piétain et marquée fortement par la Psychiatrie	19
1.4.3 Des résidents tous atteints de démence, souvent accueillis par défaut	22
1.4.4 Un fonctionnement empreint de son intégration au site de Psychiatrie.....	24
2 DES MODES DE SOUTIEN DIVERSIFIÉS, AU PLUS PRÈS DES BESOINS, ATTENDUS SUR LE TERRITOIRE.....	27

2.1	Au « grand âge », l'individu devient plus fragile : des régulations ou soutiens nécessaires	27
2.1.1	Une reconnaissance récente des spécificités du « grand âge ».....	27
2.1.2	Une période de la vie où la fragilité physique et psychologique est plus grande, pas toujours synonyme de « perte d'autonomie » ou « dépendance »	28
2.2	Soutenir le parcours de vie des personnes du « Grand âge » par des dispositifs souples et adaptables, respectueux de l'Intégrité de chacun	33
2.2.1	Crises, ruptures, seuils, moments d'ajustements : au temps du « grand âge », des temps de passage vécus différemment par chacun	33
2.2.2	Des trajectoires de vie diverses qui appellent des soutiens ajustés et personnalisés	39
2.3	Le territoire de proximité, lieu d'intégration sociale et de construction des politiques locales de solidarité.....	42
2.3.1	L'intégration sur le territoire de Vie ou de proximité pour prévenir l'exclusion	42
2.3.2	L'élaboration d'une action locale organisée autour des dispositifs gérontologiques existants.....	43
2.4	Les politiques publiques s'orientent vers une approche transversale du vieillissement et un accompagnement ciblé de la grande dépendance (désorientation et fin de vie).....	46
2.4.1	Des politiques publiques actuelles qui encouragent le libre choix des personnes de grand âge en perte d'autonomie à rester à domicile.....	46
2.4.2	Une réflexion nationale sur le vieillissement dans un contexte budgétaire tendu	48
2.4.3	Des orientations reprises au niveau de la région et du département par le PRIAC et le schéma gérontologique.....	51
3	LE NOUVEL EHPAD BLINOIS : OUVERT, INTÉGRÉ AU DISPOSITIF GÉRONTOLOGIQUE LOCAL POUR SOUTENIR LE PARCOURS DE CHAQUE PERSONNE DU GRAND ÂGE	56
3.1	Une offre adaptée, construite en partenariat pour répondre aux besoins : des valeurs déclinées en principes d'accompagnement, puis objectifs et configuration cible de la structure	57
3.1.1	Un projet d'accompagnement refondé, élaboré en partenariat, doit précéder tout projet architectural	57
3.1.2	Les valeurs républicaines fondatrices de ce projet et les principes d'accompagnement mis en place	58
3.1.3	Les objectifs de la structure et sa configuration « cible » sont issus des principes d'accompagnement et valeurs fondatrices	60
3.2	Un projet commun porteur d'enjeux sociaux	64

3.2.1 Un projet qui engage des bouleversements sociaux équivalents à ceux d'une fusion.....	64
3.2.2 Le choix de création d'une nouvelle structure, avec changement de nom.....	66
3.3 L'élaboration des Projets pour la nouvelle structure, opportunité de travail en réseau et de mobilisation des équipes.....	69
3.3.1 Deux volets à conduire en parallèle : l'intégration au dispositif gérontologique local et la fusion des structures existantes	70
3.3.2 Le travail sur les créations nouvelles, opportunité de travail en réseau	71
3.3.3 Le travail sur la « fusion » des hébergements permanents	73
3.3.4 L'élaboration des projets, occasion d'une mise en mouvement des équipes	76
3.3.5 La communication sur l'avancée des projets.....	78
3.3.6 Le suivi et l'évaluation des projets.....	79
Conclusion	80
Bibliographie.....	83
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide médico psychologique
ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : agent des services hospitaliers
CA : Conseil d'Administration
CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT : Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique
CTE : Comité Technique d'Établissement
CVS : Conseil à la Vie Sociale
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie
CROSMS : Comité Régionale de l'Organisation Sociale et Médico Sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD : Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
ETP : Équivalent Temps Plein
GCSMS : Groupement de coopération social et médico social
GIR ; Groupe Iso Ressource
GMP : Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré
GRATH : Groupe de Réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap
HAD : Hospitalisation à domicile
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PRIAC : Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SIAD : Service Infirmier à Domicile
SLD : Soins Longue Durée
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD : Unité de Soins Longue Durée

Introduction

La structure au sein de laquelle je suis directrice stagiaire est un EHPAD, dénommé Résidence Margueritte de Rohan. C'est un établissement public autonome dont le Conseil d'Administration est composé de 14 membres parmi lesquels 3 élus locaux (le Maire, président du Conseil, plus deux conseillers municipaux) et 3 conseillers généraux.

Cette structure dispose d'une capacité autorisée de 120 accueils permanents et se situe à Blain, commune rurale de près de 8 000 habitants, à 35 km au Nord Ouest de Nantes.

C'est un établissement au fonctionnement précis, formalisé (projet d'établissement, de soins, procédures d'admissions, d'évaluation, fiches de postes, délégations). Les comptes sont équilibrés. Mais l'image de la résidence n'est pas attrayante : les bâtiments sont en partie inadaptés, les admissions se font systématiquement dans des chambres à deux, il n'y a pas de possibilité d'hébergement temporaire, ni d'activité de jour. C'est une structure à l'image locale négative, sans bienveillance. Lorsque les personnes accueillies souffrent de troubles cognitifs aggravés avec déambulation, les locaux ne sont plus adaptés pour assurer leur sécurité. Elles sont alors transférées dans un autre EHPAD adossé à un hôpital psychiatrique (CHS de Pont Piétain).

L'évolution de la structure est nécessaire pour permettre d'accompagner au mieux les personnes du grand âge du territoire, en atténuant les ruptures. L'opportunité de cette transformation se présente par l'injonction conjointe de l'ARS et du Conseil Général d'un projet commun à construire avec les lits EHPAD situés sur le site du CHS, le centre de l'Isac. Mon mémoire porte sur ce projet.

Dans un premier temps, je vais présenter la résidence et le public accueilli, dans son environnement de proximité, son territoire de Vie. Le désir de demeurer dans son univers de proximité (quartier en ville, bourg de rattachement en campagne...) est fortement exprimé par la plupart des personnes du « grand âge ». Le maintien des relations antérieures à l'entrée en structure favorise la continuité du projet de vie. Le territoire de proximité de la résidence présente des caractéristiques sociales spécifiques sources de besoins qui justifient l'élaboration d'un tel projet.

Je mettrai en évidence que cette résidence souffre d'une image locale défavorable qui n'encourage pas les personnes du territoire à se projeter dans ce lieu.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, nous verrons qu'à la période de vie fragilisée qu'est le « grand âge », soutenir la continuité du parcours de vie contribue à consolider l'identité. En cela, cette proposition participe au maintien du désir d'inclusion sociale de l'individu qui ne se fuit pas (dans la démence par exemple) et qui, dans les limites de ses capacités fonctionnelles, trouve sens à se joindre aux autres.

Cela vaut pour le désir d'inclusion dans la société, comme dans la famille. Si l'entrée en structure signifie rupture imposée et mal vécue, la société et la famille, complices de ces situations, préfèrent ne plus voir, ignorer, se distancer de ces personnes et donc adoptent des attitudes d'exclusion.

Les modalités actuelles d'accueil à la résidence M. de Rohan, comme au Centre de l'Isac, ne permettent pas de soutenir cette continuité du parcours de vie.

La pression des financeurs pour élaborer un projet commun entre la résidence et le centre de l'Isac se réalise à un moment où les acteurs du territoire et les orientations des politiques publiques offrent plusieurs points d'appui.

Dans un dernier temps, je présente la conduite de ce projet : la création d'une nouvelle structure EHPAD à Blain, dans le contexte singulier précédemment décrit. C'est une opération d'envergure qui va entraîner l'équivalent d'une fusion en terme social ; mobiliser les salariés des deux structures autour d'un projet commun est un enjeu fort. La construction de ce projet avec l'apport des savoirs des deux entités est, pour moi, un moyen de dépasser les différences en les valorisant. Le deuxième défi est l'ancrage territorial de la future structure et son inscription dans le réseau gérontologique local comme plate forme ressources pour les services à domicile : j'y vois un élément essentiel pour assurer pleinement son rôle de soutien auprès des personnes du grand âge du territoire.

1 DES MODES D'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT QUI AMPLIFIENT LES RUPTURES DES PARCOURS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

Venant d'arriver début 2011 en poste de directrice stagiaire à la résidence, j'ai rencontré des résidents, des salariés, j'ai consulté les documents laissés par le précédent directeur : cela m'a permis d'identifier les évolutions de la population accueillie.

Face à certains constats, soit peu de blinois dans les résidents, et beaucoup d'entrées suite à des hospitalisations, j'ai cherché à comprendre ces particularités au delà ce que je pouvais percevoir d'emblée (difficultés de l'entrée en chambre à deux, bâtiments inadaptés).

Pour cela, j'ai rencontré les coordinatrices du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique), et je suis allée avec elles à la rencontre de personnes du grand âge du territoire vivant à leur domicile.

Le projet d'évolution de la résidence concernant conjointement le Centre de l'Isac, deuxième EHPAD du territoire, j'ai rencontré les résidents et salariés de ce centre. Cette première partie dresse un diagnostic des besoins des personnes du grand âge vivant sur le territoire et du mode de réponse actuelle apportée par la résidence et le centre de l'ISAC.

1.1 Un territoire où les besoins d'accompagnement des personnes du grand âge sont importants

1.1.1 La part des personnes dépendantes (Gir 1 à 4) à domicile est élevée

Les résultats d'une enquête de l'INSEE (HID 1998 et 1999)¹ soulignent que certaines catégories sociales sont plus exposées à la dépendance que d'autres : l'essentiel de la demande d'APA dans un département dépend de la part de la population rurale, de la part des personnes âgées à faibles ressources et de celle des agriculteurs ou ouvriers dans la population active.

Le territoire de proximité de Blain affiche des revenus moyens par habitant modestes et bien inférieurs à la moyenne départementale.

¹ INSEE, octobre 2003 « les enquêtes HID 1998 1999 », *INSEE résultats, société* n° 22

Structure et niveau des revenus de la population du Territoire de Blain

	Part des foyers touchant retraites ou pensions / Nombre de Foyers fiscaux	Part des foyers imposables / Nombre de Foyers fiscaux	Revenu fiscal moyen par foyer fiscal
HERIC	30,5%	52,8%	22 672,2
FAY-DE-BRETAGNE	29,9%	50,1%	20 046,5
NOTRE-DAME-DES-LANDES	25,1%	52,9%	20 155,0
LA CHEVALLERAI	19,2%	55,0%	20 329,5
BLAIN	34,9%	47,8%	19 207,6
BOUVRON	33,6%	46,8%	18 548,0
LE GAVRE	29,1%	43,4%	17 701,7
Loire Atlantique	32,8%	55,9%	23 440,8

Source DGI données 2009 (revenus 2008)

De plus, c'est un secteur rural, l'afflux d'une population urbaine, plus jeune, attirée par les prix accessibles des terrains ne date que de début 2000.

De fait, la commune de Blain présente un taux d'APA à domicile largement supérieur à la moyenne départementale.

Part des Personnes bénéficiaires d'une
APA à domicile au 31. 12. 2007

Fay-de-Bretagne	5,39
Héric	4,91
Notre-Dame-des-Landes	3,03
Blain	7,76
Bouvron	3,67
Le Gâvre	4,30
La Chevallerais	4,23
Moyenne départementale	4,66

Nbre de pers bénéficiaires / pers + 60 ans en 1999

Ce taux est particulièrement élevé : les médecins généralistes, les responsables du secteur Personnes Âgées du Conseil Général interrogés sur cette spécificité n'ont pas d'explications précises à apporter à ce sujet.

Un seul médecin m'a confié son interprétation : dans ce secteur, l'implantation historique du Centre Hospitalier Psychiatrique a entraîné l'installation de familles « fragiles » en périphérie de cette structure, de façon spontanée ou en lien avec la politique d'extériorisation de la psychiatrie (mise en place d'appartements thérapeutiques, soutien à l'accès au logement social par ailleurs avec un parc important sur cette commune).

1.1.2 Mais il existe une réticence à entrer en établissement car les structures du territoire ont une image dégradée

Le territoire de Blain dispose de services d'aide à domicile, d'un SSIAD et d'un CLIC pour répondre aux besoins des personnes âgées. Ces services font face à des demandes de la part des personnes en nette progression, et ont du mal à répondre à toutes les sollicitations.

Notamment, les coordinatrices du CLIC enregistrent un développement du nombre de suivi de situations dites « complexes »².

La situation de mademoiselle G. suivie par le CLIC en est un exemple.

Mademoiselle G. (85 ans) habite dans la même rue que la résidence, à environ 800 m. Lors de la première visite de la coordinatrice du CLIC à son domicile, Mademoiselle G présentait des troubles de persécutions et exprimait sa peur quand la nuit tombait et qu'elle était seule à son domicile. Veuve, sans enfant, ni frère, ni sœur, elle exprimait ses angoisses à sa voisine (qui a contacté le CLIC) et à son médecin traitant avec qui les relations sont très tendues. Malgré ses peurs, Mademoiselle G. ne veut pas partir de chez elle à cause de son chat. Avant même la mise en place d'un soutien à domicile, Mademoiselle G est hospitalisée en urgence. La coordinatrice du CLIC prépare son retour chez elle, en lien avec l'assistante sociale de l'établissement hospitalier en mettant en place une présence à domicile 24h/24h et le passage d'infirmières (coût important mais mademoiselle G. dispose de revenus suffisants).

Mademoiselle G revient de son séjour hospitalier très agitée et désorientée. Plusieurs visites sont effectuées pour faire le point sur sa nouvelle organisation de vie et l'écouter. Les troubles de persécutions ont disparu, Mademoiselle G a retrouvé des propos cohérents (avec parfois quelques absences, mais plus rares), elle est rassurée et contente de la présence continue à ses côtés. Elle reformule des projets d'avenir : avenir proche (sortie au restaurant), mais aussi plus lointain... Finalement, se sentant à nouveau bien chez elle, elle se projette et envisage un hébergement collectif mais dans une belle maison, surtout pas à « l'hospice », qui désigne la résidence M. de Rohan.

Dans ce cas, l'image locale défavorable de la résidence empêche toute projection de la personne dans ce lieu.

² situation complexe : qui implique plusieurs intervenants avec un besoin de suivi dans la durée. Plusieurs critères sont pris en compte : manque de contacts familiaux, pathologies multiples (troubles psychologiques, alcoolisme...), isolement, difficultés pour les professionnels à passer le relai, la notion d'urgence (suspicion de maltraitance ou maltraitance avérée), contexte environnemental difficile ...

1.2 De plus en plus âgées et dépendantes, les personnes accueillies sont de moins en moins en situation d'exercer un « libre choix »

1.2.1 Des entrées en grand nombre de personnes âgées issues d'autres cantons et suite à des hospitalisations

57 % des résidents de la structure Margueritte de Rohan sont issus de Blain ou du canton et 20,7 % des cantons limitrophes. 20,7 % sont issus de la région nantaise et de Saint Nazaire (deux zones souffrant jusqu'à récemment d'une pénurie de places).

La liste d'attente est plutôt en baisse à 75 personnes au 31.12.2010 contre 80 personnes un an auparavant. Elle a évolué en 2010, avec une part croissante de demandes de personnes de Blain (46 en 2010 contre 33 en 2009) : beaucoup d'inscriptions sont de « précautions ». Dans la réalité, en cas de demande urgente concernant une personne de Blain (sortie d'hospitalisation le plus souvent nous le verrons), il y a très peu d'attente ...

Un peu plus de la moitié des résidents actuels (60 personnes) est originaire du territoire de proximité, ce qui m'apparaît finalement peu élevé... L'impossibilité d'accueillir des personnes désorientées et déambulantes explique pour partie cette situation.

Sur 26 entrées en 2010 à la résidence Margueritte de Rohan, 9 concernent des personnes jusqu'alors à domicile (soit un peu plus du tiers). Les autres personnes ont rejoint la structure directement en sortant d'hôpital (14) ou en sortant de structure de moyen séjour (3).

D'après l'enquête nationale EHPA 2007, déjà citée, parmi les personnes ayant rejoint un EHPAD public, la part des personnes venant du domicile (le sien ou d'un proche) est équivalente à celle des personnes arrivant en provenance d'un court ou moyen séjour.

La réalité des entrées à la résidence est bien différente, comme si les personnes repoussaient les limites du maintien à domicile, repoussaient l'entrée à la résidence le plus tardivement possible.

Le médecin coordonnateur précise qu'à la résidence M. de Rohan, le consentement de la personne est toujours recherché ... Au regard des chiffres, pour deux tiers des admissions, l'accord est recueilli alors que la personne sort d'une hospitalisation : la personne est fragilisée, elle se sent incapable de rentrer chez elle seule, la pression familiale pour une entrée en structure est probable. Peut-on alors parler de consentement ? Oui, s'il s'agit de recueillir la non opposition de la personne. Mais il me semble alors que cette dernière a finalement peu de choix à cet instant précis de fragilité où le besoin de soutien lui est finalement imposé par son état de santé.

1.2.2 Des personnes de plus en plus âgées et dépendantes

Les caractéristiques des personnes accueillies à la résidence M. de Rohan connaissent les mêmes évolutions que dans les autres EHPAD : vieillissement, alourdissement de la dépendance.

Ces tendances sont le résultat de plusieurs éléments :

- les évolutions démographiques d'allongement de l'espérance de vie ;
- le développement des politiques de soutien à domicile ;
- la réorganisation des structures hospitalières.

Je reviendrai sur les deux derniers points dans la suite de mes travaux.

L'âge moyen des résidents de la structure M. de Rohan est de 86 ans en 2010, en hausse régulière (84 ans en 2006). C'est un âge moyen plus élevé que la moyenne nationale (83,11 mois pour les EHPAD publics en 2007³).

L'âge à l'entrée dans la structure progresse lui aussi, ce qui est aussi relevé dans les tendances nationales.

Au-delà de la moyenne, notons que :

- trois centenaires fréquentent la résidence depuis trois ans ; l'une d'entre elles, blinoise, est entrée en 2010 à l'âge de 102 ans, elle vivait jusqu'alors à son domicile ;
- les personnes de plus de 85 ans représentent désormais plus de la moitié des accueils.

Le degré de dépendance a progressé : il est stable depuis trois années avec un GMP⁴ de 658 en 2010 (proche de la moyenne départementale mais inférieur à la moyenne nationale - 690 en 2010 - données issues de la synthèse des coupes Pathos validées en 2010 et présentées en avril 2011 à la CNSA).

Il est intéressant de relever, qu'en 10 ans, la structure a évolué d'un public de résidents autonomes (type Foyer Logement avec un GMP autour de 300) à l'accueil de personnes beaucoup plus dépendantes (GMP de 658).

³ DREES Document de Travail série Statistiques n°142 février 2010 – exploitation enquête EHPA 2007

⁴ La perte d'autonomie est évaluée suivant une grille nationale, dite grille AGGIR qui permet le classement des personnes dans des groupes allant du GIR 1 (personnes les moins autonomes) à 6 (personnes ayant conservé leur autonomie). Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Le GMP est un indicateur global de la dépendance calculé à partir des catégories GIR pour une structure.

EHPAD M. de Rohan : Évolution de la dépendance

Niveaux de dépendance	2007	2008	2009	2010
GIR 1	17	38	30	25
GIR 2	26	19	26	34
GIR 3	15	23	18	9
GIR 4	28	10	18	24
GIR 5	16	12	11	12
GIR 6	14	11	9	7
TOTAL	116	113	112	111
GMP	682,00	682	666,61	658,29

À la résidence, les personnes accueillies relevant de GIR 1 et 2 (très dépendantes) représentent le tiers des accueils en 2005 et désormais plus de la moitié des résidents (51 % au niveau national enquête EHPA 2007).

14 personnes sont actuellement identifiées comme souffrant de troubles cognitifs (soit 12,6 %), ce qui est peu élevé au regard de la situation des autres EHPAD (près de un résident sur deux en 2010 d'après les synthèses des coupes PATHOS 2010).

Cela s'explique par la configuration des locaux, peu adaptés pour ces accompagnements : les personnes souffrant de troubles cognitifs et déambulantes ne sont pas admises à la résidence (une trentaine de refus par an), mais orientées vers une autre structure du territoire que je présenterai par la suite, le Centre de l'Isac.

La durée moyenne de séjour des personnes décédées en 2010 s'élève à 7 années en 2010 contre 5 années en 2009 (2 ans et 6 mois en 2007 source EHPA pour les EHPAD publics). Cette donnée moyenne est peu parlante pour éclairer la réalité des personnes accueillies : en 2010, est décédée une personne présente depuis 1959 à la résidence ! De fait, la durée moyenne de séjour tend à se réduire à la résidence comme au niveau national. Le chiffre particulièrement élevé de durée moyenne de séjour de la résidence tient à la présence parmi les résidents de personnes accueillies, très autonomes, dans les années 1990, lorsque la structure fonctionnait plutôt comme un Foyer Logement. Ces personnes ont désormais entre 80 et 90 ans.

1.2.3 La résidence : une structure où peu de personnes entrent actuellement par « libre choix »

G. Laroque⁵ parle « d'utopie nécessaire » concernant le libre choix du lieu de vie des personnes âgées fragilisées : « Le choix du lieu de vie des personnes âgées fragilisées donne lieu à l'affirmation répétée de la liberté de ce choix.

⁵ LAROQUE G. « Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire », *Gérontologie et société* 12/2009 (n°131), p.45-51

De fait, les circonstances, les contraintes matérielles, financières, environnementales, relationnelles et celles liées à l'état de santé et d'autonomie limitent sévèrement les possibilités de choix des intéressés. L'affirmation de cette liberté demeure nécessaire afin d'obliger les intéressés et ceux qui s'occupent d'eux à rester dans des limites éthiques exigeantes. »

G. Laroque cite les chiffres d'une étude sociologique de l'INSERM⁶ : la participation de la vieille personne à la décision est de 67 % pour un foyer logement, de 32 % en maison de retraite et seulement 13 % en unité de séjour de longue durée. La même étude rappelle qu'il s'agit d'une décision clairement personnelle dans 10 % des cas. Ces chiffres signifient que dans 90 % des entrées en structure, la personne permet au mieux son entrée, voire même est clairement opposée.

En tant que nouvelle directrice de la résidence, la faible part des entrées en provenance du domicile m'interroge ... Comme m'interroge la faible proportion des personnes du canton. Au regard de ces chiffres, il me semble que la structure ne joue pas son rôle de soutien envers les personnes « du grand âge » du territoire. Ces dernières entrent contraintes plutôt que par choix, à la résidence encore plus qu'ailleurs sur le territoire...

1.3 La résidence Margueritte de Rohan porteuse d'une image locale défavorable en partie liée à l'entrée systématique en chambre à deux

La résidence souffre d'une image locale dégradée, qui explique la part importante des entrées dans la suite directe d'hospitalisation, et donc finalement, dans une situation où la personne est dépendante des autres pour envisager son avenir, du fait de sa santé... Son entourage (familial ou professionnel) peut alors présenter la résidence comme la seule solution possible ... Même si l'entrée passe obligatoirement par une chambre à deux ...

1.3.1 Une structure qui amplifie les ruptures

A) Des bâtiments inadaptés hérités de l'histoire (longue) de la structure

La résidence Margueritte de Rohan tient son nom actuel de la donation réalisée dans son testament du 15 novembre 1672 par Margueritte de Rohan : cette dernière souhaite qu'une petite maison dont elle est propriétaire « serve à mettre des pauvres malades ».

⁶ MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S. « Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », INSERM, 2007

En 1725, le duc de Rohan lègue une autre maison « le Chapeau rouge » à l'hôpital pour lui permettre de s'agrandir. La duchesse complète ce don d'un pécule de 4 000 livres. Le duc demande alors que deux sœurs de la congrégation de Saint Thomas de Villeneuve soient envoyées pour le service intérieur. Un hospice est alors adossé à l'hôpital.

Le rapport Laroque en 1962 constitue un tournant en mettant l'accent sur le **maintien à domicile et l'humanisation des hospices**. La loi du 31 décembre 1970 relative à l'hôpital et du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales concrétise ce tournant en obligeant les hôpitaux à se séparer des hospices et à faire de ces derniers des lieux d'accueil humanisés.

Plusieurs « opérations d'humanisation » se sont déroulées à la Résidence :

- la première de 1962 à 1967 visant la suppression des dortoirs (suppression effective en 1968) ;
- la deuxième de 1984 à 1993 (la chaufferie, des travaux de sécurité...).

En 1985, l'établissement devient « Maison de retraite publique » de Blain. Elle prend le nom de Marguerite de Rohan en 1993 lors de l'inauguration d'un nouveau bâtiment.

Les constructions datent donc d'époques très différentes (XVII^{ème}, XIX^{ème} siècles, années 1960 et 1990) avec 4 ailes, de longs couloirs, un étage, mais des décalages de niveau suivant les ailes... Ce bâti ne répond plus aux réglementations en vigueur (Recommandations figurant dans le Cahier des Charges de la Convention Pluriannuelle⁷, normes d'accessibilité aux handicapés⁸ ...). Notamment, une grande partie des chambres disposent d'une surface inférieure à 16 m², et plus de 10 % de la totalité des chambres sont doubles (14 sur 106).

Les personnes de plus de 85 ans habitantes de Blain ou qui sont accueillies aujourd'hui dans cette structure ont pour beaucoup d'entre elles rendu visite à un moment de leur vie à des proches (parents, voisins ...) dans l'hospice aux dortoirs collectifs d'avant 1968. Et elles s'en souviennent... Le terme d'hospice est resté employé jusqu'en 1982 dans certains écrits.

⁷ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle

⁸ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Décret du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitat. Arrêté du 21 mars 2007 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R.111-19-8 à R.111-19-11 du code de la construction et de l'habitation, relatives à l'accessibilité pour les personnes handicapées des établissements existants recevant du public et des installations existantes ouvertes au public.

- B) Des entrées systématiques en chambre double qui accentuent le sentiment de rupture par rapport à la situation préalable à l'entrée

Les admissions à la Résidence Margueritte de Rohan se font systématiquement en chambre à deux, l'accès à une chambre simple se faisant par inscription sur une liste d'attente (délai moyen d'attente 7 mois) ...

Cette situation ravive l'image d'hospice de la structure liée à son histoire encore fortement présente dans l'imaginaire local (récit de Mademoiselle G.).

Cette contrainte de partage d'un espace avec une personne inconnue entraîne de multiples conséquences qui pèsent lourd dans la difficulté de prendre la décision d'entrer :

- peu de meubles personnels peuvent être apportés, il faut un petit poste de télévision à écran plat, moins encombrant, mais ce que les personnes âgées ont rarement.
- les visites du réseau amical et familial ne sont pas faciles dans la chambre partagée... Des petits salons sont aménagés à chaque étage, mais ils sont peu investis par les personnes nouvellement arrivées pour qui la chambre reste un refuge dans les premiers temps d'adaptation...

Cette chambre double est difficilement investie comme un nouveau « chez soi », un repère sécurisant, un refuge identitaire.

- C) Des transferts au Centre de l'Isac en cas de troubles cognitifs aggravés

La configuration des locaux n'est pas adaptée à l'accompagnement de personnes souffrant de troubles cognitifs. Plusieurs accès sont ouverts sur l'extérieur et il n'y a pas de possibilités d'aménagement d'un espace sécurisé indépendant sans perturber la circulation dans l'ensemble de la structure.

Les personnes souffrant de troubles cognitifs avec déambulation sont contraintes de quitter la résidence pour rejoindre le Centre de l'Isac, centre fermé, situé en campagne (7 km du bourg de Blain au lieu dit Pont Piétain), sur le même site que le CHS (Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie).

Localement, le site de Pont Piétain est perçu comme un lieu de « relégation », accueillant « les fous ».

Les transferts des personnes de la résidence M. de Rohan vers le centre de l'Isac sont majoritairement vécus douloureusement, surtout par les familles. Lors de mes rencontres avec les salariés de ce centre, les professionnels m'ont fait part de situations de culpabilisation des familles pouvant aller jusqu'à l'espacement (voir l'arrêt des visites).

Ces situations illustrent les ruptures que connaît la personne âgée, vulnérable et parfois désorientée et donc de moins en moins en capacité de s'exprimer.

1.3.2 Une organisation précise, formalisée, « optimisée » pour ce qui est de son fonctionnement

La compréhension du mode de fonctionnement actuel de la résidence m'a été facilitée par la prise de connaissance de son histoire récente.

A) Dans les années 1980, l'image d'hospice s'efface

De la fin des années 1960 à début 2000, au fil des travaux « d'humanisation » de l'ancien hospice, et des directions se succédant à la tête de la future résidence M. de Rohan, la structure a évolué. Dans les années 1980-90, un directeur musicien assurait lui-même l'animation. À cette époque, la résidence accueillait des personnes âgées plutôt autonomes attirées par un service de restauration de très bonne qualité, une ambiance festive (depuis l'ex directeur anime des soirées et bals de mariage), de nombreuses sorties à l'extérieur, facilitées par l'intégration en plein bourg de la structure. Ces éléments compensaient alors l'hébergement en chambre à deux ou dans des chambres de faibles dimensions.

Début 2000, le GMP est évalué à 300, l'équivalent actuel d'un Foyer Logement. L'organisation est alors peu formalisée, et donc souple, adaptable à chacun, la structure est intégrée dans son environnement, et le nombre de personnes accueillies dépasse alors même, m'a t on dit, l'agrément ...

À partir de la moitié des années 1990, le vieillissement des résidents entraîne des situations de dépendance. Cette évolution met à mal le mode de fonctionnement de la structure qui est inadapté : des embauches de personnel en renfort sont réalisées. Elles entraînent alors de lourds déficits. C'est ce qui sonne la fin de cette époque et le départ du directeur.

B) Le passage en EHPAD en 2005 s'est accompagné de la mise en place d'un fonctionnement organisé, formalisé

En 1999, arrive une nouvelle directrice chargée de redresser la situation de la structure, notamment en termes financiers.

Elle s'appuie, pour cela, sur la loi du 20 juillet 2001 qui crée les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées dépendantes). Cette loi réforme la tarification des établissements en fonction de l'accueil ou non de personnes âgées dépendantes et vise à

améliorer de façon significative les conditions d'accueil des personnes dans les établissements.

L'outil de cette transformation des établissements est la **convention tripartite** signée entre l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente de l'État (désormais ARS, Agence Régionale de Santé). Cet outil déclenche l'entrée dans le système ternaire de tarification et engage la démarche d'amélioration de la qualité.

Dès 2002, une auto évaluation sur la base du référentiel ANGÉLIQUE est engagée à la résidence par la directrice. Une démarche d'amélioration continue de la Qualité est mise en place, assortie d'un Plan d'Action et d'échéances à respecter. Cela engage toute la structure dans un changement profond de fonctionnement.

Les délégations, fiches de postes, emplois du temps sont progressivement formalisés, précisés et tenus à jour. L'organisation est structurée autour de 4 grands domaines :

- la fonction administrative rattachée à la directrice avec 2,2 etp d'agents administratifs ;
- la fonction animation rattachée à la directrice avec 1,2 etp (0,8 animation et 0,4 etp de psychologue) ;
- la fonction services généraux avec à sa tête une gouvernante et qui couvre la cafétéria/restauration, l'équipe d'entretien/travaux, la lingerie interne, et l'équipe dite d'hôtelières (15 etp) chargées du ménage dans les locaux ;
- la fonction Soins sous la direction d'un cadre de santé en lien avec un médecin coordonnateur (0,25 etp), et constituée de 3 infirmières et 22 postes d'Aides Soignantes.

La gestion financière est stabilisée : la structure est dotée d'outils informatiques permettant un suivi des dépenses au plus près, que ce soit concernant les dépenses en personnel mais aussi les autres postes de dépenses. Les comptes sont redressés : la situation actuelle est équilibrée, les déficits du passé sont résorbés.

Les outils de la loi de 2002 – 2 sont mis en place : charte des droits et libertés affichée, livret d'accueil et contrat de séjour établis, Conseil à la Vie Sociale régulièrement réuni.

Les instances telles que Conseil d'Administration, Comité Technique d'Établissement, CHSCT, Conseil à la Vie Sociale fonctionnent, avec des réunions régulières, temps réels de discussions avec la directrice.

À mon arrivée, le mode de management est de type directif. Il n'existe pas de fonctionnement en équipe de direction, malgré la présence d'un cadre de santé à temps plein, d'une gouvernante responsable de la partie hôtellerie, d'un médecin coordonnateur (0,25 etp) et d'un psychologue à 0,4 etp. Les échanges se réalisent en relation duale avec la direction.

C) Des « prestations » segmentées servies à « des clients » plutôt que des accompagnements

Le fonctionnement est cloisonné, ce qui est perceptible dès qu'un imprévu arrive ou dès qu'il s'agit de faire évoluer un mode de fonctionnement bien installé ayant effet sur plusieurs services (entretien, cuisine etc ...). Tout changement est compliqué, les responsables de services n'ont pas l'habitude de se coordonner, d'envisager collectivement un changement en proposant des ajustements : l'arbitrage de la directrice est très fréquemment sollicité.

Il n'existe pas de commission d'admission. Il n'existe pas non plus de temps d'échanges des professionnels sur leurs pratiques.

La convention tripartite de la résidence Marguerite de Rohan, signée en 2005, s'est accompagnée de l'écriture du projet d'établissement pour 2006-2010.

En introduction de ce projet, il est écrit « ce document est un ensemble cohérent qui a pour finalité de mettre le résident au centre du système afin d'optimiser sa prise en charge. (...) Ainsi, l'objectif majeur est d'assurer une qualité optimale de prise en charge des résidents, clients de l'établissement, tout en fédérant les équipes autour d'objectifs partagés et de valeurs communes. ».

Dans le paragraphe consacré aux orientations stratégiques de l'établissement, en encadré sont mentionnés :

- promouvoir la qualité de vie des résidents
- promouvoir la qualité des relations avec les familles
- promouvoir la qualité des soins
- promouvoir la qualité du personnel.

Le terme « Clients » est utilisé dans le Projet d'Établissement : pour ma part, je ne le considère pas adapté aux personnes accompagnées à la résidence, dans la mesure où peu d'entre elles ont intégré par libre choix la structure, comme nous l'avons évoqué précédemment. Un client, dans le sens courant de ce terme, est une personne qui achète un bien ou une prestation de son plein gré et en ayant la possibilité de faire jouer la concurrence. Les personnes accueillies ne sont pas dans cette situation.

Les objectifs de qualité sont ensuite déclinés dans les projets (de Vie, de Soins, d'Animation etc ...). Le document est précis mais à la lecture je cherche, sans les trouver, les « valeurs communes ». La résidence étant un EHPAD public autonome, il n'existe pas de projet associatif formalisé, fédérateur autour de valeurs énoncées. La « Qualité » affirmée comme un objectif majeur de la résidence n'est jamais définie en référence à des valeurs, à une conception d'accompagnement.

Schématiquement, la vision à mon arrivée à la résidence est celle d'un système au fonctionnement théorique optimisé, pour reprendre les termes de l'introduction du projet d'établissement, mais un système dont l'accès (le mode d'entrée), le contenant (les bâtiments) ne sont plus adaptés au « client », et dont la raison d'être, l'objectif doit être précisé. À défaut, le fonctionnement se grippe, les pièces s'usent ...

1.3.3 À la recherche d'un projet partagé ...

A) L'absence de Projet de Vie Personnalisé

À la résidence, la démarche de mise en place de Projet de Vie Personnalisé du résident (pour le distinguer du Projet de Vie Institutionnel intégré au Projet d'établissement) a été lancée en octobre 2009. Les enjeux cités dans le document de présentation de cette démarche sont dans l'ordre : réglementaire, puis qualité de vie du résident et qualité de l'accompagnement.

Dans les faits, la mise en place de référent individuel pour chaque résident s'est arrêtée en cours de démarche ... Il n'y a jamais eu de réunion de synthèse individuelle, ni de projet de vie personnalisé formalisé...

L'accompagnement est cloisonné, comme le fonctionnement. C'est la raison pour laquelle j'utilise plutôt le terme de prestations servies sans la réciprocité dans l'échange que nécessite l'élaboration d'un Projet Personnalisé (écoute des attentes, intégration de l'histoire...). Prestations pour moi s'oppose alors à Accompagnement qui étymologiquement est construit sur la base du Partage, de l'échange, de la transmission (code compagnonique).

Lors de la visite de pré admission du futur résident, la Cadre de Santé prend le temps de faire visiter les locaux, expliquer le fonctionnement. C'est le seul moment formalisé d'écoute de l'histoire individuelle, moment court. De plus, cette histoire n'est pas reprise ni partagée avec les autres professionnels dans ses éléments importants pour l'accompagnement de la personne. Cette histoire reste connue des seuls personnels ayant été présents lors de la visite.

Accueillie à la résidence, la personne âgée bénéficie ensuite d'une très bonne prestation hôtelière (repas, blanchisserie, ménage), de prestations en soins et de possibilités d'animations. Les éléments marquants de la vie quotidienne (chute, soins, comportements atypiques) sont indiqués dans la « relève » (transmissions écrites sur l'outil informatique) ou lors des temps de transmissions entre les équipes à 14 h.

Mais le temps n'est jamais pris en équipe pluridisciplinaire pour considérer globalement l'individu, son parcours, ses attentes et ses besoins, son avenir... sauf en situation de

difficultés, révélées souvent par des perturbations du fonctionnement (famille intrusive, comportement perturbant les équipes ...). À ces occasions, des temps de rencontres pluridisciplinaires (médecin, cadre de santé, psychologue, animateur, directrice) ont lieu. Mais ces réunions apparaissent presque plus guidées par la nécessité de préserver le fonctionnement de l'établissement que de répondre aux besoins d'accompagnement d'un résident. D'autre part, le personnel accompagnant au quotidien n'est pas présent à ces points, le statut de référent n'ayant pas été installé, légitimé comme porteur de sens dans la structure.

- B) Désinvestissement des salariés assurant l'accompagnement quotidien, difficultés de recrutement et stabilisation difficile des jeunes recrutées : autant de signes marquant un malaise social

Un autre objectif de la convention tripartite signée en 2005 était d'atteindre un GMP⁹ moyen de 700 à horizon 2010, justifiant des créations de postes (médecin coordonnateur, infirmières). Cet objectif a été atteint : il s'est traduit par un changement important dans les problématiques de dépendance des résidents accueillis et donc dans les conditions de travail.

La résidence emploie actuellement 57,34 postes équivalents temps plein (ETP dans la suite du texte). Le taux d'encadrement global est de 0,49 etp par place (y compris emplois aidés) pour un GMP de 666 en 2009.

En comparaison, la dernière enquête annuelle de l'ANESM portant sur les EHPAD indique un taux d'encadrement moyen de 0,56 pour un GMP entre 600 et 700. Avec 0,49, ratio inférieur à cette moyenne, la résidence Margueritte de Rohan fonctionne avec des moyens humains très tendus au regard de résidents de plus en plus dépendants.

Les conditions de travail se tendent dans toutes les structures accueillant des personnes âgées pour des raisons d'alourdissement de la dépendance et de pression budgétaire ne permettant pas d'augmenter les effectifs.

Pour autant, certaines structures font face plus que d'autres à des difficultés de recrutement, des comportements inadaptés. Cela reflète, je pense, des pratiques professionnelles insuffisamment réfléchies collectivement autour d'un projet et de valeurs d'accompagnement clairement affichés.

⁹ La perte d'autonomie est évaluée suivant une grille nationale, dite grille AGGIR qui permet le classement des personnes dans des groupes allant du GIR 1 (personnes les moins autonomes) à 6 (personnes ayant conservé leur autonomie). Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Le GMP est un indicateur global de la dépendance calculé à partir des catégories GIR pour une structure.

La Cadre de Santé, présente depuis 30 ans au sein de la résidence, de forte personnalité, était garante du respect dans les pratiques, d'écoute, de soins pratiqués avec humanité par les équipes.

Les enquêtes de satisfaction, les comptes rendus de réunions de CVS que j'ai consultés font état d'une satisfaction globale vis à vis des prises en charge. Lors des forums annuels à la vie sociale, les résidents et leur entourage émettent des remarques sur l'organisation, ou relèvent des dysfonctionnements ne relevant pas de négligence institutionnelle.

Le récent départ en retraite de la Cadre de Santé a mis à jour le rôle de garde fou qu'elle jouait jusqu'alors. Son remplacement n'a pas été fait immédiatement : en cette absence, des pratiques d'aides à la toilette des résidents avec la télévision allumée délibérément par le ou la soignante ont été relevées à plusieurs reprises. Les pauses café et cigarettes se sont multipliées, les absences de dernière minute aussi.

L'absence prolongé d'un cadre peut entraîner ce relâchement. Mais cela est aussi accentué par l'inexistence de réunion de régulation. Des délégations temporaires peuvent être assurées par les infirmières, mais elles n'ont pas voulu s'impliquer dans la gestion des équipes d'Aides Soignantes. La segmentation du fonctionnement, l'absence de projet et valeurs partagées auxquels se référer sont pour moi autant d'éléments expliquant cette situation.

L'accueil de personnes de plus en plus dépendantes physiquement et psychiquement rend indispensable l'élaboration d'un projet, référé à des valeurs fortes et étayées au quotidien par des pratiques professionnelles collectives. Ce public est fragile, vulnérable : il ne peut plus faire valoir seul le respect de sa personne, de ses droits.

1.4 Le centre de l'Isac, partenaire obligé mais opportun pour l'évolution architecturale de la Résidence

1.4.1 Une définition du cadre des évolutions, imposée par l'ARS, met fin à une longue période d'incertitude

Des améliorations architecturales ont eu lieu à plusieurs reprises à la résidence M. de Rohan : les deux opérations « d'humanisation », puis les mises aux normes des bâtiments (1993), rénovations de la cuisine (1998),

Dès 2002, un projet de restructuration est mis à l'étude : les deux axes d'amélioration sont la suppression des chambres à deux lits et la création d'une unité pour les personnes désorientées et déambulantes. Une étude de programmation est réalisée en 2004.

Puis, au regard des contraintes liées à l'implantation de la structure en plein bourg, le Conseil d'Administration envisage un abaissement de la capacité d'accueil et engage une nouvelle étude.

Enfin en 2006, le Conseil d'Administration vote le maintien de la capacité d'accueil à 120, une nouvelle étude est alors présentée ...

Le financeur ne donne pas suite à ces trois tentatives d'évolution. Et ce, malgré des évolutions internes fortes à la résidence : la signature de la convention tripartite en 2005, la rédaction du projet d'établissement (intégrant une nécessaire évolution architecturale), et de réels efforts d'amélioration de la qualité au sein de la structure.

Il faut souligner qu'à cette même période (2004/2006), les responsables du centre de l'Isac, structure de Long Séjour de 80 lits située sur le site du CHS de Pont Piétain à Blain, travaillent eux aussi sur un projet : celui de la délocalisation du centre de l'Isac dans le bourg. Le terrain est même réservé, mais la perspective de la réforme des unités de soins de longue durée a figé la démarche. De plus, la municipalité à cette période n'était pas prête à une telle opération.

Le 7 février 2007, une réunion générale portant sur la structuration de l'offre d'hébergement pour personnes âgées à Blain et ses environs se tient à l'initiative des financeurs. Des représentants de la DDASS et du Conseil Général, des établissements M. de Rohan, du CHS et de la maison de retraite des frères de la Groulais (30 places gérées par la Communauté Religieuse de Saint Gildas des Bois) sont présents.

Les financeurs expriment alors clairement leur position : le seul projet nouveau qui obtiendra leur accord ne pourra être que commun entre le CHS et la résidence M. de Rohan . Une perspective de transferts de la maison de retraite de la Groulais vers la communauté de Saint Gildas des Bois est en effet présentée à cette occasion, ce qui les exclut de l'opération.

Un Comité de Pilotage paritaire de 12 membres est alors créé en 2008. Il se réunit régulièrement avec pour objectif la présentation d'un projet immobilier pour le 30/04/2009. Un premier travail de connaissance mutuelle se met alors en place avec une présentation des populations des deux structures (très différentes), des modes d'organisation, moyens à disposition etc ... Des réunions d'informations sont faites en direction du personnel de chaque structure avec un accueil plutôt réservé côté ISAC et plutôt favorable côté Rohan.

Rappelons qu'à cette période, le centre de l'Isac est toujours un centre de long séjour de 80 lits : le projet porte alors sur la création d'une structure EHPAD de 200 lits organisée sur deux sites en posant l'hypothèse d'une conversion totale de l'Isac en EHPAD ...

À partir de mai 2009, les financeurs annoncent que seulement 50 lits de l'Isac seront convertis administrativement en EHPAD et que 30 lits seront maintenus en Soins Longue Durée à vocation psychiatrique. Cela remet alors en cause le projet de travail en cours avec la question suivante : où seront situés les 30 lits de Soins Longue Durée ? Resteront ils sur le site de psychiatrie ou seront ils intégrés au nouveau site ? Pendant un an, cette incertitude pèse sur la poursuite de la réflexion.

Cette question est définitivement tranchée par un courrier de l'ARS de mai 2010 : les 30 lits de Soins Longue Durée restent sur le site du CHS et doivent être intégrés au projet d'établissement psychiatrique de Pont Piétain.

Le nouveau projet d'EHPAD porte donc désormais sur 170 lits. Et la position des financeurs est claire : ce projet doit être commun avec le centre de l'Isac, au risque de voir une partie des places transférée à Nantes ou Saint Nazaire.

J'ai pris connaissance de ces éléments à mon arrivée : j'ai ainsi compris la position de refus des financeurs par rapport à la réorganisation architecturale pourtant indispensable de la résidence. Par la suite, j'ai pris contact avec les responsables de l'Isac et je suis allée à la rencontre de cette structure à l'histoire particulière, ses résidents et ses salariés.

1.4.2 Le Centre de l'Isac, une histoire liée aux évolutions du CHS de Pont Piétain et marquée fortement par la Psychiatrie

Le centre de l'Isac est intégré au site du CHS de Blain (lieu dit Pont Piétain), à 40 km de Nantes, 8 km de Blain. Il est installé dans un parc de 120 ha. La création de ce Centre a été inscrite dans le programme d'établissement du CHS de Blain en 1985. Cette opération a constitué un volet essentiel de la restructuration du CHS, d'une capacité théorique de 672 lits, installé en pleine campagne et ouvert en 1960.

À sa création, le CHS de Blain vise à offrir aux patients une vie communautaire et sociale aussi proche que possible de la vie normale. Il comporte pour cela une église, une salle des fêtes, des commerces (boutique, cafétéria, salons de coiffure) et de nombreux ateliers d'ergothérapie. Cette « reconstitution » témoigne du souci de l'époque de faire entrer le monde extérieur à l'hôpital, à l'opposé des conceptions actuelles d'intégration de l'établissement dans le tissu social.

Cette organisation intra hospitalière a cependant montré ses limites et développé des effets pervers : les malades, trop bien installés dans cette vie institutionnelle qui garantissait assistance et sécurité, séjournent au long cours dans les unités, ne souhaitant ou ne parvenant plus à envisager un projet de sortie, trop désinsérés pour affronter la vie hors des murs. Ce phénomène explique en partie la chronicisation et la sédimentation de la population hospitalisée que l'hôpital.

La création de l'Isac a été induite par les évolutions des politiques publiques, mais en les subissant, plutôt qu'en les anticipant.

La première étape a été l'identification d'une Unité de Long Séjour.

L'hôpital avait tardé à s'engager dans la voie de la sectorisation. En 1985, lors de la rédaction du programme d'établissement, les différents acteurs craignent le démantèlement de la structure et cherchent à construire ensemble un projet d'adaptation et de reconversion répondant à des besoins nouveaux de la population et réaffirmant la légitimité de l'hôpital.

Ce programme se caractérise par :

- la volonté de réduire l'activité d'hospitalisation complète,
- l'engagement à mener une politique active de soins extra hospitaliers,
- le souci d'offrir des structures de prises en charge ou de réinsertion adaptées aux besoins recensés par les équipes soignantes dans leur pratique professionnelle.

Il définit ainsi les orientations retenues pour le développement de l'hôpital à moyen terme :

- maintien d'un potentiel de 300 lits de psychiatrie active et développement des activités de secteur
- création d'un hôpital de jour par secteur
- création d'une structure de soins aux personnes âgées de 80 lits par reconversion de lits de psychiatrie (statut Unité de Soins Longue Durée USLD – « long séjour » champ sanitaire),
- création d'un ESAT à vocation agricole
- création d'un foyer d'hébergement pour les travailleurs de l'ESAT
- création d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pour déficients intellectuels profonds.

La légitimation du projet de création d'un service de soins pour personnes âgées s'est basée sur des éléments objectifs :

-au 31.12.1985, 122 personnes âgées de 65 ans et plus séjournent dans les unités d'hospitalisation soit 24,9 % de la population totale

-à la même date, la catégorie diagnostiquée « états d'affaiblissement de la sénilité et démences pré séniles » représentent 15,95 % des malades

-les statistiques INSERM de 1987 recensent 169 personnes (40 % de la population totale) séjournant à l'hôpital depuis plus de 5 ans dont 108 présentes depuis plus de 10 ans (soit 26 %).

L'importance et la « sédimentation » de la population âgée dans les unités de psychiatrie rendaient pertinent le projet d'ouverture d'un lieu de soins pour personnes âgées dépendantes. Le maintien de cette structure sur le site de Pont Piétain ne fait pas l'unanimité : dans un premier temps, la Direction des Hôpitaux refuse l'autorisation car réticente face à ce type de reconversion des CHS. Dans le Guide méthodologique de planification en santé mentale annexe 9 il est indiqué :

« la création d'un long séjour dans un hôpital psychiatrique doit rester exceptionnelle, la vocation d'un CHS étant avant tout de développer et d'améliorer les soins pour les malades mentaux et les équipements correspondants... De plus, il serait maladroit de recréer pour les personnes âgées les mécanismes d'exclusion sociale précédemment dénoncés par la politique de lutte contre les maladies mentales. »

La Direction du CHS arguant du soutien des praticiens hospitaliers de l'établissement dans cette reconversion, et soutenue par les autorités de tutelle et les organismes de sécurité sociale obtint finalement l'autorisation. Le projet est autorisé en 1988 par arrêté préfectoral, sous réserve que le centre de l'Isac, Unité de Soins de Longue Durée, se consacre à « l'hébergement de personnes âgées dépendantes ayant besoin de soins et ressortissant des secteurs desservis par le CHS, avec la moitié des lits réservés à des personnes âgées actuellement en inadéquation en psychiatrie. »

La deuxième étape marquant l'histoire de cet établissement est la reconnaissance de 50 lits d'EHPAD au 1^{er} janvier 2010 dans le cadre de la réforme des Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

Cette réforme a longtemps été différée : elle devait voir le jour au plus tard le 1er avril 2007, et a finalement été repoussée au 30 juin 2009. L'objectif poursuivi est de redimensionner les USLD à partir de réalisations d'analyses transversales de la population accueillie (coupes « Pathos »). Les capacités actuelles des USLD sont

réparties entre le champ sanitaire (lits de SLD – soins longue durée- maintenus) et le champ médico-social (lits d'EHPAD créés par transformation).

Malgré les délais de sa mise en œuvre, différés à plusieurs reprises, la partition des lits de l'Isac n'a été connue qu'à la date administrative butoir : les Cadres de Santé du centre ont su officiellement en juin 2010 qu'au 1er janvier 2010, les 80 lits long séjour (champ sanitaire) étaient répartis en 50 places d' EHPAD du champ médico social avec un budget associé et 30 lits de long séjour « requalifiés » qui restent dans le champ sanitaire.

Le centre de l'Isac « subit » ainsi, à nouveau, une évolution.

C'est une structure qui, par son histoire, a toujours porté avec difficultés un projet. Les salariés, les cadres de santé se sont investis dans la construction et l'animation d'un projet spécifique qui envisageait le transfert du centre dans le bourg de Blain. Mais les acteurs politiques locaux, s'ils apprécient le volume d'emplois générés par le CHS, ont jusqu'à récemment montré peu d'empressement à intégrer une population d'utilisateurs « atypiques » dans leurs bourgs. Et la direction du CHS est déjà fortement investie dans les réorganisations de la Psychiatrie (le centre de l'Isac ne représente que 9 % du budget du site, mais une part assez lourde du déficit ...).

1.4.3 Des résidents tous atteints de démence, souvent accueillis par défaut

Historiquement, le site du CHS de Blain était destiné à compenser une insuffisance de lits de psychiatrie dans le département. Il a été rempli tout d'abord par transferts de malades de l'hôpital Saint Jacques de Nantes, particulièrement saturé. Il a également accueilli des personnes hospitalisées à Angers ou Rennes faute de place en Loire-Atlantique. Une deuxième vague d'admissions a eu lieu en 1962, à l'occasion du rapatriement d'Algérie des malades hospitalisés là bas et notamment à Blida. L'hôpital, à peine ouvert, a ainsi hérité d'une population largement chronicisée qui dès le départ a orienté son activité vers des hospitalisations au long cours. Il s'est aussi attaché une image de défectologie, accueillant à la campagne, les malades chroniques ou peu évolutifs envoyés par les hôpitaux urbains. Il a dû lutter contre ces deux phénomènes pour évoluer et affirmer son identité de structure de psychiatrie active.

À la création de l'Isac, les médecins du CHS bénéficiaient d'une « clause d'exclusivité » qui leur garantissait la possibilité de disposer des lits reconvertis de l'Isac pour soulager leurs secteurs de la prise en charge de patients âgés chronicisés.

Cela se traduit encore dans les caractéristiques des personnes accueillies aujourd'hui : les résidents sont à la fois âgés et déments, avec pour beaucoup un lourd passé institutionnel (en psychiatrie), d'alcool et de violence. Sur les 80 résidents, une seule personne était en capacité d'avoir une conversation début octobre 2010 : une personne alcoolique de 67 ans retrouvée isolée chez elle dans des conditions d'hygiène, et de

santé très dégradées. Aucune structure nantaise ne souhaitait la prendre en charge dans son état, elle a donc été admise à l'Isac. Rétablie, elle est admise à la résidence M. de Rohan au printemps 2011.

Ma première impression face aux immenses couloirs de ce centre, dans lesquels les gens déambulent sans cesse et sans but, est d'être passée de « l'autre côté » du miroir, en dehors du cours habituel de la vie, dans un ailleurs, entourée d'êtres difficilement accessibles. Puis, les contacts se nouent, empreints d'humanité, de Vie.

Les personnes accueillies présentent toutes une dépendance psychique quelle qu'elle soit, bien souvent accompagnée d'une dépendance physique

Pathologies recensées des 94 personnes accueillies en 2009

Pathologies	
Maladie d'Alzheimer	36
Démences vasculaires	10
Démences apparentées	9
Démences d'origine éthylique	14
Pathologies psychiatriques	
Schizophrénie	8
Autres psychoses	8
Déficience intellectuelle ancienne	7
Troubles obsessionnels compulsifs	1
autres	1

Le GMP moyen de la structure est évalué à 881 en 2011 (EHPAD autour de 6 à 700). L'histoire sanitaire de l'établissement explique une sous évaluation chronique de cet indicateur (renseigné par les Cadres de Santé), relativement à ce qui est pratiqué en structure d'accueil EHPAD.

Ce n'est que très récemment (environ deux ans) que les admissions se font avec priorité pour les personnes âgées du territoire. Dans les faits, c'est une structure qui n'est pas intégrée localement par les professionnels des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées du territoire, car elle est assimilée à la psychiatrie, à la folie. Les médecins généralistes du secteur n'identifiaient pas le centre de l'Isac comme un établissement du territoire ouvert à l'accueil de personnes âgées désorientées. La mise en place du CLIC et le travail de lien entre les acteurs qu'ont effectué les coordinatrices de ce service a contribué à faire évoluer l'image de l'Isac, par la rencontre des médecins avec les responsables de la structure.

Malgré tout, le Centre de l'Isac est souvent perçu comme la solution par défaut, quand toutes les autres solutions se dérobent. Les dernières admissions concernent des personnes de la région de Blain / Saint Nazaire souffrant de maladie d'Alzheimer à un stade avancé, et déambulantes. La résidence M. de Rohan et les EHPAD locaux (Savenay, Nozay) sont peu organisés pour ce type d'accompagnement.

L'ouverture récente d'un CANTOU près de Nort Sur Erdre a entraîné deux sorties du Centre de l'Isac de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer (rapprochement familial ... en réalité de 10 km).

1.4.4 Un fonctionnement empreint de son intégration au site de Psychiatrie

Ce Centre a été installé dans des locaux organisés architecturalement comme une Unité de Soins :

- deux unités (40 lits) qui ne permettent pas de prendre en compte de façon optimale les besoins des personnes âgées, ni de préserver leur autonomie ;
- des locaux inadaptés comprenant uniquement 4 chambres à 1 lit et surtout sept salles de bains et douches pour 40 personnes.

Des longs couloirs et de très vastes salles communes participent peu à la chaleur des lieux.

L'Isac est géré par la Direction Générale, les services économiques (achats), financiers, ressources humaines, et logistiques (restauration, lingerie, chauffage, maintenance et réparation) du CHS.

Cette situation procure des avantages tels que bénéficier de moyens médicaux disponibles immédiatement (en temps et distance) tels que médecin, radio, services psychiatriques. Mais, cela présente aussi des inconvénients, notamment une lourdeur des circuits de décision (allumage du chauffage au bout de 4 jours pendant lesquelles il y avait 13 ° dans les chambres le matin, blanchisserie centralisée avec des délais, des couvertures inadaptées ...), un éloignement physique du Centre de Décision (Direction) entraînant le sentiment des Cadres de Santé d'être peu associées aux évolutions en cours de l'établissement (notamment projet de rapprochement avec la Maison de Retraite de Blain).

Au centre de l'Isac, le taux d'encadrement est de 0,744 ce qui est peu élevé au regard de l'importance de la dépendance des personnes accueillies (GMP moyen de 880).

En comparaison, dans le secteur médico-social, le taux d'encadrement des MAS (Maisons d'Accueil spécialisées) dont les usagers présentent des problématiques proches en termes de soins et d'accompagnement quotidien, dépasse le 1 pour 1.

À la création du centre, l'essentiel des salariés a été transféré du secteur psychiatrie, plus ou moins volontairement... Les médecins ont transféré des patients en « inadéquation » de prise en charge, mais pour les salariés, le processus choisi a été proche (pratiques soignantes inadaptées).

Quatre infirmiers psychiatriques étaient prévus à la grille d'emplois d'ouverture : aucune candidature volontaire ne s'étant déclarée, deux personnes ont été fortement sollicitées ... qui ont fait valoir leur droit de retour en psychiatrie un an après.

Cet épisode a fortement marqué l'état d'esprit des autres salariés, aides-soignants principalement, qui ne bénéficiaient pas de ce droit de retour...

De fait, le taux d'absentéisme est très élevé, avec un nombre important d'arrêts maladie de courte durée, entraînant des changements de plannings quotidien.

Structure sanitaire publique implantée en zone rurale, l'Isac connaît peu de turn over (souffre du peu de turn over ?). Les salariés sont issus des communes voisines (certains salariés de l'Isac n'ont pas le permis de conduire ...), ils ont été formés au sein du CHS de Pont Piétain (une école d'Aides-soignants et Infirmières a existé sur place jusqu'en 2000) ... et ne peuvent se projeter ailleurs... tout en souffrant de continuer à y travailler sans perspectives d'évolution de carrière.

En termes financiers, la structure affiche un déséquilibre historique très lourd, mais jusque là adossé au budget important du CHS ...

Les Familles sont peu présentes : les résidents sont très souvent en rupture familiale du fait de la maladie psychiatrique, de l'alcool. Il est fréquent que l'histoire du placement soit douloureuse.

L'éloignement géographique, sans possibilité d'utilisation souple de transport en commun n'est pas facilitant pour les visites, et permet difficilement l'intégration sociale.

Au centre de l'Isac, des résidents accueillis par défaut, des salariés travaillant pour certains par défaut ... et pourtant, un centre où la vie se poursuit avec le souci permanent du bien être (ou du moins mal être) des personnes accueillies. Projet de vie, projet de soin, projet d'animation ont été récemment écrits, objectifs de la convention tripartite signée en 2008. Les Cadres de Santé, fortement impliquées s'efforcent de les faire vivre. Les projets individualisés ont été écrits pour chaque personne âgée, des référents sont désignés, et les synthèses se tiennent régulièrement, malgré les difficultés de suivi, liées à l'absentéisme élevé des salariés de la structure.

Conclusion Partielle-

Le territoire, porteur de caractéristiques sociales spécifiques, présente des besoins d'accompagnement des effets de la dépendance des personnes du grand âge. Ces besoins sont soulignés par les professionnels du soutien à domicile.

Ces derniers acteurs soulignent les difficultés qu'ils rencontrent à accompagner les personnes et leur entourage à envisager l'entrée dans les structures blinoises. Cette réalité, relevée dans les études au niveau national, est accentuée semble t il localement.

La résidence M. de Rohan souffre en effet :

- d'une image locale défavorable,
- due partiellement à l'entrée en chambre double qu'elle impose, en hébergement permanent,
- avec la non garantie de pouvoir demeurer à la résidence en cas de troubles cognitifs aggravés avec déambulation (menace d'être transféré au centre de l'Isac sur le site du Centre Psychiatrique de Pont Piétain)
- de son fonctionnement actuel qui ne garantit pas le respect d'un accompagnement personnalisé au plus près des besoins des personnes (pas de référent, pas de projet personnalisé, pas de synthèse).

Le centre de l'Isac, deuxième EHPAD du territoire a une histoire spécifique liée à la psychiatrie, et accueille des personnes souffrant de démences dans des locaux inadaptés, sur le site du CHS.

Ces deux structures présentent des modes de fonctionnement différents, compte tenu de leurs spécificités actuelles, mais garantissent des accueils soucieux des soins élémentaires quotidiens. Pour autant, elles ne répondent pas aux besoins d'accompagnement des personnes du grand âge du territoire. Leur image est défavorable, et leur fonctionnement séparé des autres acteurs de la gérontologie, amplifié par le mode exclusif d'accueil en hébergement permanent.

Cela explique la faible proportion des personnes du territoire présentes à la résidence et à l'Isac ainsi que la proportion relativement importante de celles qui entrent lors d'une situation de « crise » (hospitalisation).

2 DES MODES DE SOUTIEN DIVERSIFIÉS, AU PLUS PRÈS DES BESOINS, ATTENDUS SUR LE TERRITOIRE

Dans le premier chapitre, nous avons caractérisé l'offre actuelle d'accompagnement de la résidence M. de Rohan, et du centre de l'ISAC face aux besoins exprimés sur le territoire. Dans ce deuxième chapitre, je vais commencer par qualifier les besoins spécifiques d'accompagnement des personnes du grand âge. Face à ces besoins, j'identifierai ce qui me semble manquant dans l'offre d'accueil actuel de la résidence M. de Rohan. Puis, je soulignerai l'importance du territoire comme lieu d'intégration des individus et lieu porteur d'une dynamique favorisant l'émergence du projet d'évolution de la résidence. Puis je dresserai l'orientation actuelle des politiques publiques pouvant influencer sur le projet.

2.1 Au « grand âge », l'individu devient plus fragile : des régulations ou soutiens nécessaires

2.1.1 Une reconnaissance récente des spécificités du « grand âge »

Les progrès médicaux, sociaux et culturels expliquent depuis la fin du XVIII^{ème} siècle un allongement de la durée de la vie. Le marqueur de cette évolution est l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance.

Évolution de l'espérance de vie du milieu du XVIII^{ème} à 2060

Sexe/Espérance de Vie à la naissance	milieu XVIII	2008	2060 (prévisions)
Hommes	27 ans	77,6 ans	86 ans
Femmes	28 ans	84,4 ans	91,1 ans

source : INSEE et Population et société n°473 - décembre 2010

"Espérance de vie : peut on gagner trois mois par an indéfiniment ?"

Christian LALIVE D'ÉPINAY et Dario SPINI dans leur ouvrage « Les années fragiles »¹⁰ relèvent que, désormais, le « grand âge » (plus de 85 ans) a « acquis une « *normalité statistique* - il est plus probable aujourd'hui que nous entrions dans cet âge plutôt que de mourir avant ».

En Europe occidentale, au cours des années 1980, le terme de 3^{ème} âge vient compléter un nouveau label le 4^{ème} âge, distinguant ainsi dans les mentalités deux périodes successives de la vie après la retraite, d'abord la vie du retraité pas encore vieux, puis

¹⁰ LALIVE D'ÉPINAY C., SPINI D. (et coll.) « Les années fragiles », Québec, 2008, Les Presses de l'Université Laval, p.11

celle du vieillard (avec un âge frontière estimé à 80 ans par les démographes et épidémiologistes).

En juillet 2010, en France, le Centre d'Analyse Stratégique publie un rapport « Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française » dans lequel la première proposition est d'encourager dans les travaux statistiques et universitaires la référence à des groupes d'âge plus conformes aux réalités actuelles. Ce rapport propose de différencier les seniors des personnes âgées avant et après 75 ans, et introduit un groupe d'âge à partir de 85 ans, le « Grand âge », âge moyen d'entrée en structure spécialisée.

Le « grand âge » désigne alors les personnes qui abordent la dernière période de leur vie, période marquée par une fragilité plus grande.

2.1.2 Une période de la vie où la fragilité physique et psychologique est plus grande, pas toujours synonyme de « perte d'autonomie » ou « dépendance »

A) Incapacités, dépendance, perte d'autonomie

La distinction entre un troisième âge et un quatrième âge suggère deux étapes de vie : un troisième âge où les personnes préserveraient toutes leurs aptitudes et facultés, et un quatrième âge peuplé de vieillards affectés d'incapacités lourdes et chroniques.

Or les recherches épidémiologiques sur les vieillards montrent que, mêmes à des âges avancés, une part notable des personnes ne présente pas d'incapacité lourde (tableau ci dessous).

Part des personnes dépendantes par tranche d'âge	
âge	Part des personnes dépendantes
de 60 à 74 ans	8%
de 75 à 84 ans	17%
de 85 ans à 94 ans	20%
<u>plus de 95 ans</u>	<u>63%</u>

Enquête Handicap Santé 2008 - INSEE
DREES

Le terme d'Incapacité signifie ici toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

L'incapacité lourde ou dépendance telle qu'employée par la DREES / INSEE concerne les personnes présentant des limitations physiques et cognitives et des difficultés dans les activités essentielles de la vie courante, comme se laver ou s'habiller.

Dans le Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale¹¹, B. ENNUYER relève que la définition médicale de la dépendance a connoté cette dernière négativement comme incapacité à vivre seul et comme asservissement, au détriment de la connotation positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres.

Cette compréhension a été renforcée par la définition officielle de la Dépendance inscrite dans la loi du 24 janvier 1997 qui crée la prestation spécifique dépendance « (...) état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière. »

Cette définition a été reprise par la loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie qui, de plus, l'a mise sur le même plan que la perte d'autonomie, en confondant alors deux registres tout à fait différents :

- le premier, pratique et fonctionnel : la personne ne fait pas seule les principaux actes de la vie quotidienne et elle a éventuellement besoin d'aide ;
- le deuxième éthique et philosophique : la personne n'a plus la capacité ou le droit de se fixer à elle même ses propres lois (autonomie = la loi que l'on se donne à soi même).

Cette vision médicale « incapacitaire » de la dépendance peut être opposée à une vision « relationnelle » proposée à peu près à la même époque par le sociologue Albert MEMMI¹² « la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin. ». La dépendance, ajoutait-il est le fait de la condition humaine. Pour lui, la dépendance est une relation réciproque, elle est même une relation trinitaire entre le dépendant, le pourvoyeur et l'objet de pourvoyance.

¹¹ BARREYRE J.Y, BOUQUET B. (sous la direction de) Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale, Paris Bayard 2008 p.169

¹² MEMMI A. « La dépendance », Paris, 1979, Gallimard édition revue et corrigée Folioessais 2005, p. 32

Ce manque de consensus à propos de la définition de la dépendance renvoie à deux visions de la vieillesse fort différentes :

- la dépendance « incapacitaire » renvoie à un état de vieillesse, essentiellement individuel et biologique ;
- la « dépendance - lien social » renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, dans une forme d'organisation sociale déterminée.

J'opte pour une vision de la vieillesse résultante d'un parcours de vie, d'une trajectoire de vie, ce que je vais développer.

Dans mes écrits, j'emploie les termes dépendance, perte d'autonomie, tels qu'ils sont utilisés dans la terminologie courante française dans le champ de la gérontologie. Pour autant, tels que je les emploie, ces termes s'attachent à l'incapacité d'effectuer seul les actes de la vie courante, et en aucun cas, à la restriction de décider seul de sa vie, ou à un quelconque asservissement.

Pour moi, le soutien délivré au sein des structures d'hébergement doit tendre à préserver cette capacité à décider de sa vie, ou chercher à la réinstaurer si elle est mise à mal par des incapacités (psychiques notamment).

C'est cette conception de l'accompagnement que je veux promouvoir, au sein de la structure que je dirige.

B) Les personnes du « grand âge », très souvent fragiles

É.GUILLEY, F. ARMI et P. GHISLETTA¹³ font intervenir la *fragilisation* pour désigner un processus typique du grand âge qui menace l'indépendance des personnes vieillissantes, et la notion de *fragilité* pour nommer ce qui serait – ce sont là leurs hypothèses – un état intermédiaire entre indépendance (que je prends ici comme équivalent d'autonomie) et dépendance, mais aussi une étape qui s'inscrit presque inévitablement dans le parcours de celles et ceux qui bénéficient d'une très longue vie.

Le processus de *fragilisation* est une perte progressive et inévitable avec l'avancée en âge des réserves physiologiques et sensorimotrices. Ce processus peut être accéléré par différents facteurs comme un style de vie ou un comportement alimentaire non adaptés, par le développement de maladie ou par d'autres accidents de santé.

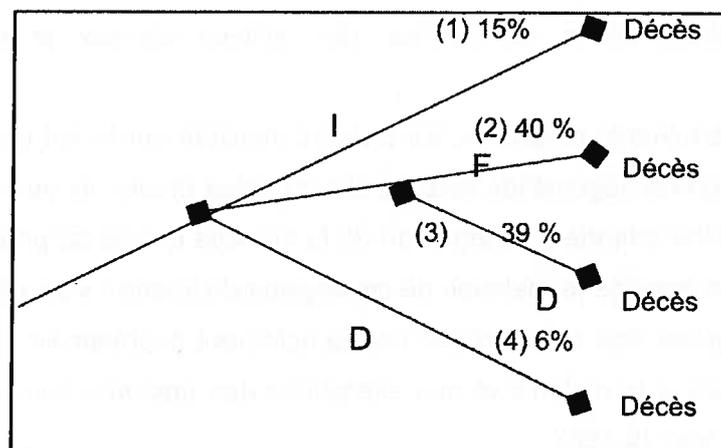
¹³ LALIVE D'ÉPINAY C., SPINI D. (et coll.) « Les années fragiles », Québec, 2008, Les Presses de l'Université Laval, p.102

L'état de *fragilité* apparaît lorsque le processus de fragilisation atteint un seuil d'insuffisance. Cet état de fragilité affecte la résilience d'une personne – capacité à préserver un équilibre avec son environnement ou à le rétablir à la suite d'évènements perturbateurs – et se caractérise, entre autres, par un risque plus grand d'aggravation de l'état de santé.

Dans l'ouvrage « Les années fragiles » déjà cité de C. LALIVE D'ÉPINAY et D.SPINI D. (et coll.), les auteurs notent que leur étude des personnes du « grand âge » les conduit à concevoir la vieillesse comme organisée autour de trois temps qui ne sont pas définis par l'âge mais par le statut de santé : indépendance préservée, fragilisation, dépendance. L'étape de fragilité a lieu quand le potentiel biologique de l'individu s'affaiblit et les régulateurs socioculturels perdent de leur efficacité, l'équilibre est menacé. Préserver l'autonomie et l'indépendance de la personne, même précairement est un défi quotidien. L'étape de dépendance correspond à une rupture, une situation de déséquilibre qui nécessite de prendre des mesures compensatoires.

Lors des étapes de Fragilité (F) et de Dépendance (D), des régulations ou soutiens sont nécessaires pour préserver l'autonomie et l'indépendance (I) ou réduire une situation de déséquilibre.

Graphique 5.4
Formalisation des quatre trajectoires de fin de vie.



source : LALIVE D'ÉPINAY C., SPINI D. (et coll.) « Les années fragiles »

Ce graphique montre bien qu'un modèle général de parcours de santé peut récapituler l'organisation actuelle du déroulement des longues vies.

Rester jusqu'à sa mort en bonne santé (trajectoire 1) a concerné 15 % des individus suivis dans leur étude.

Basculer sans période de fragilisation d'un état d'indépendance à la dépendance de longue durée est encore plus exceptionnel : 6 %.

Le parcours classique modèle fait de la fragilité l'étape caractéristique de la grande vieillesse (79 %).

À ce stade, les vieillards se scindent en deux groupes quasiment égaux : les uns poursuivent sur le chemin de la fragilité jusqu'à l'approche de leur décès ; les autres subissent un déclin plus sérieux de leur état avec le développement d'incapacités lourdes et chroniques qui les installent dans une situation de dépendance.

La fragilisation apparaît comme liée à l'érosion progressive due au processus de vieillissement¹⁴. L'état de fragilité en est la résultante, et elle est souvent prévisible : dans l'étude déjà citée, 80 % des personnes du grand âge traverse cette étape à cette période de leur vie.

Cette présentation montre une certaine simplification en ne tenant pas compte des changements passagers d'état ou des rythmes qui, de plus, varient largement d'un individu à l'autre. Les auteurs de l'étude soulignent la grande diversité des états de santé et des trajectoires de vie des personnes du « grand âge » suivies dans le cadre de leur étude.

Dans la suite de leur ouvrage (p. 149), ils soulignent l'importance de l'état de santé dans l'orientation, la qualité et la durée de cette dernière étape de la vie. Leurs analyses mettent en lumière certaines inégalités entre les femmes et les hommes, et d'autres inégalités qui résultent de la vie passée, des milieux sociaux et des trajectoires professionnelles.

Au delà de ces déterminants puissants, les auteurs insistent sur le fait que subsistent au grand âge, une marge de négociation faite de choix sur les modes de vie, les activités, un espace de liberté. Une attitude d'acceptation de la vie telle qu'elle se présente, avec ses diverses potentialités favorise le maintien de cet espace de liberté : « Le défi existentiel de l'avancée dans le grand âge ne se réduit pas simplement à préserver sa santé mais à apprendre à faire face à la maladie et aux altérations des aptitudes tout en continuant à donner un sens à la vie » (p.168).

Je souscris pleinement à ces propos : l'accueil en structure spécialisée, s'il est souvent dicté par des impératifs médicaux, doit s'attacher à préserver, ou réaménager des espaces de liberté permettant de continuer à donner sens à la vie.

¹⁴ VERCAUTEREN R. (sous la direction de) 2010 *Dictionnaire de la Gérontologie sociale*, Toulouse, Érès p.110

2.2 Soutenir le parcours de vie des personnes du « Grand âge » par des dispositifs souples et adaptables, respectueux de l'Intégrité de chacun

2.2.1 Crises, ruptures, seuils, moments d'ajustements : au temps du « grand âge », des temps de passage vécus différemment par chacun

A) Le vieillissement comme continuité de la Vie

Je reprends ci - dessous les propos de M. DORANGE¹⁵ qui inscrit la vieillesse dans un processus de vie dynamique et singulier :

« Vieillir est un processus de vie dynamique et individuel qui commence dès la naissance et s'achève avec la mort. Chaque étape a un sens, il y a celles qui sont répertoriées et communes à tous, comme faisant partie intégrante du développement de la personne et les faits marquants propres à chacun et qui rendent chaque histoire singulière.

Le temps dit de la vieillesse est une de ces étapes et n'a de sens que s'il est relié à l'ensemble du parcours de vie, sur fond d'histoire sociale culturelle collective. De passage en rupture la vie des plus vieux d'entre nous continue de se chercher et de se construire quelque soit leur âge et jusqu'au bout le sentiment d'identité persiste comme l'attestent les propos de cet homme de 75 ans qui qualifiait sa vie présente ainsi :

« Elle est boiteuse, elle est sinueuse, elle a encore de petits sommets, elle est de plus en plus risquée mais elle se cherche toujours. » (H., 75 ans) »

> Situation de Monsieur C :

Monsieur C est né en 1930. Il vit dans une longère vétuste et relativement isolée. En effet, le village est situé à 3 kms du bourg de la Chevallerai, (9 kms de Blain) et il est composé de quelques maisons isolées.

Monsieur C « bénéficie d'une curatelle », car il est considéré comme adulte vulnérable et influençable notamment concernant la gestion de ses biens (Il a des biens mobiliers situés autour du corps de ferme). Ses capacités cognitives sont réduites avec l'avancée dans l'âge. Il est sans lien avec sa famille.

¹⁵ DORANGE M. « De passage en rupture... », juin 2007, Gérontologie et Société, n°121, p.33

Le CLIC intervient pour la première fois en décembre 2008, suite à l'interpellation des infirmières libérales qui préparent ses médicaments et l'aident à accomplir sa toilette. Une association d'insertion intervient pour l'entretien courant de la maison et du jardin mais cette prestation ne suffit plus. Monsieur C bénéficie aussi d'un service de portage de repas.

Monsieur C est alors évalué en GIR 4 (incontinence, déplacements intérieurs difficiles, prise de repas compliquée malgré un portage de repas au domicile). Aucun dossier d'APA n'a été constitué jusqu'à présent.

Une concertation est programmée avec les professionnels concernés, c'est-à-dire, les infirmières, le curateur, la conseillère emploi de l'ATRE et la coordinatrice du CLIC en présence de Monsieur C.

De toute évidence, le renfort des interventions à domicile s'impose.

La proposition de passages quotidiens est retenue : 2 heures 30 d'intervention par jour réparties de la manière suivante :

1 heure 30 tous les midis du lundi au vendredi

1 heure tous les soirs du lundi au vendredi

1 heure tous les samedis

4 heures de tâches ménagères/mois

4 heures de courses/mois

Un dossier d'APA est constitué à l'issue de cette concertation.

Malgré les passages fréquents de l'aide à domicile, le maintien à domicile se fragilise. Pourtant, Monsieur C ne veut pas entendre parler d'une entrée en structure. Monsieur C n'est plus en capacité de discernement. Une explication lui est donnée mais il garde la même position de refus. Des inscriptions sont pourtant réalisées dans les EHPAD de BLAIN et NOZAY. En réalité ce ne sont pas des inscriptions de précaution : le projet d'entrée en structure semble de plus en plus incontournable car la perte d'autonomie va s'accroître dans les mois qui suivent.

En octobre, le SSIAD interpelle le CLIC. Monsieur C est alors en Gir 3. Une réunion de concertation est organisée entre l'infirmière du SSIAD, le curateur et la coordinatrice du CLIC en présence de Monsieur C.

Monsieur C se met en danger. Les risques de chutes sont importants. L'incontinence ne lui permet plus de vivre décemment chez lui. Une discussion a lieu avec Monsieur C pour lui expliquer que les limites du maintien à domicile sont atteintes et que la solution pour lui est désormais de s'orienter vers une structure.

Entre le moment où les deux structures ont été de nouveau contactées et la concertation (novembre 2009), Monsieur C est hospitalisé suite à une chute. De l'hôpital, une rencontre est convenue avec le médecin coordinateur de la résidence M. de Rohan. La

coordinatrice du CLIC est présente. L'objectif de la rencontre est de favoriser la sortie d'hospitalisation directement vers l'établissement en évitant un retour à domicile présentant un danger réel pour Monsieur C.

Monsieur C est admis quelques semaines plus tard.

La coordinatrice du CLIC qui a suivi cette situation dresse les constats suivants : dans ce contexte précisément, le souhait de Monsieur C de rester le plus longtemps possible à son domicile a été respecté. La transition domicile/structure aurait été probablement mieux vécue si Monsieur C avait pu vivre l'expérience d'un accueil de jour. En effet, les passerelles entre le domicile et l'établissement permettent pour les personnes âgées, en situation de mise en danger à domicile, de mieux appréhender le futur hébergement.

En outre, la préparation à l'entrée aurait pu être faite plus en amont encore : 9 mois, c'est finalement très peu pour se préparer lorsque le souhait d'une personne est de finir sa vie chez elle....

B) Un temps de réaménagement identitaire

Dans ce processus de vie, J. BOUISSON, et JC. REINHARDT identifient des temps de vulnérabilité, de fragilités accrues :

« Ainsi existe-t-il, dans le parcours de vie, des temps de crise, temps de risque et de vulnérabilité (...). Il s'agit bien (...) de la reprise, de la poursuite d'une même crise au sein d'une même lignée structurelle, que nous l'appelions crise « du milieu de la vie » ou crise « de la pleine maturité » ; et probablement y a-t-il dans le parcours de vie quelques étapes (quelques seuils) susceptibles de favoriser l'émergence des crises, parce qu'elles constituent des moments de rupture du contexte externe ou interne et des moments, aussi, où il devient nécessaire de changer pour assurer sa permanence et continuer à s'ajuster au mieux de ses conditions de vie. »¹⁶.

Ces auteurs comparent la crise du milieu de la Vie, les autres crises maturatives avec la crise d'adolescence. Ces transitions sont marquées par le sentiment d'une plus grande fragilité, des blessures narcissiques dues à l'abandon des rôles antérieurs, l'inquiétude de l'avenir, un corps qui change, des pertes dont les principales sont :

- une perte d'identité liée à l'abandon d'un certain nombre de rôles sociaux,
- la peur de perdre les objets investis : crainte de l'éloignement des enfants, peur de l'abandon et de la solitude,

¹⁶ BOUISSON J., REINHARDT J.C. « Seuils, Parcours, Vieillissements », 2000, Paris, L'Harmattan p. 218, p. 78

-un remaniement des instances idéales avec, en particulier, une plus grande fragilité de l'idéal du Moi, confronté aux attaques de la « Hideur du Moi » (qui renvoie à l'image de la personne vieillissante).

-La situation du couple H.

Ils sont aujourd'hui logés dans une aile aménagée de la maison de leur fils unique. Avant cela, ils ont habité pendant 30 ans une maison accessible par un escalier en zone urbaine. Madame H a refusé l'aménagement de sa maison. Après plusieurs chutes de Madame H et la perte d'autonomie de Monsieur H (début de maladie de Parkinson), ils ont fait un séjour en milieu hospitalier, puis en soins de suite et ont bénéficié d'un hébergement temporaire dans un établissement pour personnes âgées. Pendant ce temps, leur fils a aménagé sa maison, puis les a accueillis. Le passage d'aides à domicile et d'infirmières a été organisé avec l'aide du CLIC. Après 18 mois de vie auprès de leur fils, Madame H se plaint de l'étroitesse du logement ... et du manque de relations sociales : elle évoque l'intégration d'une structure, mais où il est possible de faire la cuisine. La coordinatrice du CLIC, lors de ses visites, reprend ce sujet de l'avenir avec le couple, en évoquant les différentes solutions. Comme ils habitent en limite de la zone urbaine, des possibilités s'ouvrent à eux, mais il faut visiter et s'inscrire car des listes d'attente existent. Madame H expérimente un accueil de jour dans l'attente que des places se libèrent. Progressivement, ce sujet devient moins douloureux, le travail de deuil de la vie passée se réalise, et les personnes se reconstruisent un avenir. Il aura fallu près de deux ans d'accompagnement pour cela par la coordinatrice du CLIC, des expériences de séjours en structure puis de retour à domicile.

Au travers de cet exemple, il m'apparaît évident qu'il est nécessaire de sortir des solutions binaires Domicile / Collectif et plutôt de proposer une palette de dispositifs souples, adaptables à chaque personne et à son parcours de vie.

La résidence M. de Rohan qui ne propose que des hébergements permanents ne permet pas l'expérience de séjours temporaires ou d'accueil de jour. De plus, son image locale défavorable ne favorise pas la projection possible des personnes âgées d'entrer dans cette structure. Actuellement, c'est une structure qui ne va pas à la rencontre des besoins des personnes du territoire : elle accueille dans des conditions de fonctionnement optimisé les personnes qui n'y sont pas opposées. Le soutien de la continuité du parcours de vie n'est pas organisé : pas de référent, pas de projet personnalisé, pas de temps de synthèse. Seul l'animateur peut se saisir d'un soutien ponctuel mais limité à sa propre disponibilité.

C) Réaménagement qui peut se révéler douloureux, voire impossible

Tout comme l'adolescent, l'individu âgé – à condition qu'il en ait les ressources et qu'il soit dans un contexte favorable pour « penser la crise » - devra puiser dans ses pertes et ses renoncements. L'individu relira la vie qu'il a vécue, admettant que le passé est le passé et que la mort est l'inévitable conclusion de la vie. La capacité à faire des deuils, à tolérer les frustrations, à accepter que les choses n'aient pas été autrement, est l'aspect le plus caractéristique des personnes qui vivent le mieux leur vieillesse.

J. BOUISSON, et J.C. REINHARDT rappellent que « toute atteinte à la stabilité, à la permanence et à l'intégrité du Soi, en particulier au niveau du narcissisme – et surtout de l'estime de soi – ou du sentiment de maîtrise de sa vie, est susceptible de précipiter le sujet âgé dans la dépression et la décompensation psychologique ».

Face à la maladie d'Alzheimer, depuis 1989, J. MAISONDIEU¹⁷ propose la thèse suivante : cette maladie ne serait-elle pas le symptôme d'une société qui, par peur de la mort, rejette les vieillards, images de cette fin de vie tant redoutée ?

Dans cette situation, les personnes de grand âge, socialement exclues, peu soutenues dans leur face à face à la mort, s'efforcent alors de ne pas penser pour ne pas réaliser ce qui leur arrive. Cela peut aller jusqu'au développement de démences ou « thanatoses » « Maladies de la peur de mourir ».

Ces moments inévitables de fragilisation doivent être accompagnés, soutenus quand c'est nécessaire, pour éviter que le vieillissement, processus normal ne devienne un vieillissement pathologique.

D) Les troubles cognitifs aggravés

L'importance que prennent les troubles cognitifs aggravés, tels que la maladie d'Alzheimer, dans les motifs d'accueil en structure, rend incontournable la prise en compte de ses spécificités dans l'accompagnement des personnes souffrant de ce type de troubles.

Les préconisations ministérielles actuelles sont de prévoir la possibilité d'adaptation de la moitié de la capacité d'accueil des structures pour des personnes désorientées.

Le projet de nouvelle structure pour Blain intègre le Centre de l'Isac dont la particularité (liée à son histoire) est l'accueil exclusif de personnes démentes.

¹⁷ MAISONDIEU J, *Le crépuscule de la raison*, Paris : Bayard Presse

La démence ou plutôt les syndromes démentiels sont définis comme des pathologies dégénératives cérébrales qui altèrent de façon progressive et irréversible les fonctions cognitives du patient c'est à dire les moyens intellectuels dont il dispose pour traiter les informations de son environnement. La détérioration cérébrale entraîne de fait une perte du jugement et un affaiblissement progressif du discernement.

Concernant ce sujet des troubles cognitifs, j'appuie mes propos sur l'ouvrage « Éthique et Démence »¹⁸.

La démence est clairement une maladie qui pose la question du sujet. La détérioration liée à la maladie met en cause le sentiment de permanence de l'identité personnelle.

Comment continuer à respecter l'identité de quelqu'un qui perd conscience de lui même ?

Comment le conserver dans sa pleine appartenance à la Communauté Humaine ?

Est on en droit de vouloir à la place d'une personne qui n'en exprime pas le désir ?

Comment préserver cette personne dans ses choix comme dans ses droits ?

Comment éviter une prise de pouvoir dans cette relation inégale ?

Comment éviter la démotivation devant l'impuissance de l'action entreprise, alors que les valeurs sociales dominantes sont celles d'efficacité, d'action, de productivité ?

Comment ne pas être acteur d'un « mal ordinaire » (selon l'expression d'Hanna Arendt) envers ceux qui ont du mal à se défendre, sont mis à mal par la maladie dans leur condition d'homme et ont besoin de notre témoignage pour les qualifier en tant qu'humains ?

Formuler de telles questions, c'est tenter de proposer une démarche éthique qui éclaire et conforte les pratiques et les choix.

Reconnaître l'humanisme de l'autre homme, en référence à E. Lévinas : la question de la responsabilité dans la relation ouvre à une écoute et à une reconnaissance de l'altérité. « La responsabilité (est) la structure essentielle, première, fondamentale de la subjectivité ». C'est de l'intersubjectivité que naît la possibilité, pour le dément de se reconnaître humain : ce qu'il y a d'humain dans l'autre est pour lui la responsabilité que l'on a de l'autre, simplement parce qu'il est là. « L'éthique, ici, ne vient pas en supplément à une base existentielle préalable ; c'est dans l'éthique entendue comme responsabilité que se noue le nœud même du subjectif. »¹⁹

¹⁸ PANCAZI M.P. ET METAIS P. Institut Alzheimer, 2004, *Éthique et Démence*, Issy Les Moulineaux, Masson, Acanthe p. 233

¹⁹ LÉVINAS E., 2008, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, Livre de Poche 284p,

Ces personnes âgées sont en situation de vulnérabilité et particulièrement dépendantes de leur environnement. Leur autonomie dépend alors de la qualité de l'étayage des tiers.

« L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. » (ANESM le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico sociaux)

Plusieurs éléments de l'accompagnement me semblent structurants pour prévenir le « mal ordinaire » ou la prise de pouvoir. Ils sont d'autant plus importants que les personnes sont fragilisées dans leur identité, leur permanence, leur discernement par les troubles cognitifs :

- élaborer le projet de vie personnalisé de chaque personne accueillie en intégrant le parcours de vie, l'histoire de vie recueillis auprès de la personne et de son entourage ; un référent professionnel étant en quelque sorte « dépositaire » de ce projet de vie et de cette histoire au sein de la structure ; cette démarche est d'ailleurs obligatoire dans les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) spécialisées dans l'accueil des personnes désorientées ;

- le fait que la personne soit géographiquement proche de son réseau social et familial antérieur, de son lieu de vie habituel lui permet de maintenir le plus longtemps possible sa permanence d'histoire individuelle, d'identité, étayé en cela par l'entourage ; mais il faut aussi pour cela encourager les échanges avec l'extérieur ;

- enfin, le travail en équipe, la pluridisciplinarité permettent de maintenir la différenciation dans l'accompagnement, de construire par l'échange des décisions « justes » pour la personne, guidées par l'éthique de recherche d'une qualité de la vie dans son intérêt premier.

Le centre de l'Isac, qui accueille des personnes démentes, souffre de l'inadaptation de ses locaux, et d'une image locale très dégradée, liée à sa proximité historique et géographique avec la psychiatrie. Les liens sociaux et familiaux sont de ce fait difficiles à maintenir.

2.2.2 Des trajectoires de vie diverses qui appellent des soutiens ajustés et personnalisés

- A) De la standardisation des parcours à la normalisation institutionnalisée des dernières phases de la Vie

Je reprends ici la définition de l'expression Parcours de Vie de LALIVE D'EPINAY C., BICKEL J.-F., CAVALLI S. & SPINI D²⁰ « le modèle ou les modèles de curriculum qui, dans une société et un temps donnés, organise(nt) le déroulement de la vie des individus dans ses continuités et discontinuités. Ces modèles consistent, d'une part, en des systèmes de normes et d'allocation de ressources prenant la forme de profil de carrière et de statuts d'âge, ainsi que de transitions généralement associées à des âges typiques ; d'autre part, en un ensemble de représentations collectives et de références partagées. Ils constituent l'une des médiations centrales entre le système socioculturel et les individus ».

S. CAVALLI²¹ note qu'au cours de la première moitié du XX^{ème} siècle, un double processus se produit :

- une segmentation progressive du parcours de vie d'une part (législation du travail, scolarisation obligatoire, généralisation des retraites),
- une plus grande standardisation des parcours de vie avec un ordre chronologique des évènements familiaux qui laisse moins de place aux variations.

Depuis les années 60 – 70, la tendance à une institutionnalisation toujours plus marquée du parcours de vie semble avoir cédé la place à la dérégulation du modèle, voire à sa remise en cause. La vie est moins prévisible et le modèle standard du parcours de vie a perdu de sa validité empirique, devenant moins harmonisé et plus flexible. Le processus de chronologisation s'est arrêté, voire même renversé. La transition vers l'âge adulte et le passage à la retraite deviennent plus laborieux, les trajectoires familiales et professionnelles sont davantage marquées par la discontinuité (nombreuses ruptures professionnelles, périodes de chômage, divorces ..).

Si une dérégulation semble effectivement être à l'œuvre dans sa première partie, LALIVE D'ÉPINAY soutient que la vieillesse et que la fin de la vie connaissent actuellement une forte tendance à la « normalisation institutionnalisée ».

Les moments-clé qui jalonnent les dernières phases de la vie font l'objet d'un travail multiple et complexe de codification : définition de la fragilité et de la dépendance du vieillard, identification des critères pour avoir recours à des aides à domicile ou entrer en établissement médico social, ou pour passer des soins curatifs aux soins palliatifs.

²⁰ LALIVE D'EPINAY C., BICKEL J.-F., CAVALLI S. & SPINI D. « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire ». In J.-F. Guillaume (Ed.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines* Liège. Les Editions de l'Université de Liège. (pp. 187-210).

Les personnes accueillies aujourd'hui dans les structures spécialisées, quand elles entrent à 85 ans, sont nées autour de 1925 : elles ont connu jusque dans les années 1970 la période de standardisation des parcours au sens de CAVALLI.

- B) Des parcours de Vie qui deviennent des « Parcours du Combattant » y compris à la période du « grand âge »

Toujours dans l'article de S. CAVALLI « Modèle de parcours de vie et individualisation », la question suivante est posée : est ce qu'une plus grande variabilité des trajectoires individuelles suppose automatiquement un déclin du niveau de la structuration sociale du déroulement de la vie humaine ? Autrement dit, peut on avoir un parcours de vie institutionnalisé (normatif) qui serait en même temps individualisé (déstandardisé) ?

Il semblerait que oui, et même que la déstandardisation peut induire une nouvelle demande d'institutionnalisation. Concrètement, un parcours de vie peu standardisé et flexible entraînerait un sentiment d'insécurité et une plus grande vulnérabilité qui créent des demandes de support institutionnel. Plus qu'à un recul du formatage normatif des vies, nous serions aujourd'hui confrontés à la reconnaissance et à la codification d'un parcours davantage déstandardisé et déchronologisé : institutionnalisation de la flexibilité.

Les conséquences de cette institutionnalisation de la flexibilité s'avèrent ambivalentes : les individus profitent de plus amples possibilités dans la poursuite de leurs buts et d'une extension du contrôle sur leur vie, mais en même temps, ils peuvent être confrontés à un sentiment d'insécurité ainsi qu'à des fortes pressions pour qu'ils accomplissent au mieux leurs parcours.

S'étant de plus en plus affranchi des normes de la religion, de la tutelle de l'État, du travail et de la famille, l'individu moderne a certes conquis une liberté, mais risque aussi de se retrouver seul face à sa destinée. Au « grand âge », on retrouve des personnes isolées, du fait de parcours de vie cahotiques : séparation du conjoint, éloignement des enfants, solitude face à une fin de vie lors de laquelle le soutien de la religion, ou le corps familial ne sont plus majoritairement présents ...

La souveraineté nouvelle ne rend pas l'homme moderne tout puissant ou libre de faire ce qu'il veut. Ce n'est pas parce que aujourd'hui, les choses semblent plus personnelles qu'elles sont moins sociales ou institutionnalisées : elles le sont autrement. La notion de

²¹ CAVALLI S. « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société* 4/2007 (n° 123), p. 55-69.

projet a acquis un caractère normatif : non seulement les hommes et les femmes ont le droit de choisir leur vie, mais le fait de construire son propre parcours biographique se transforme en injonction.

Bien évidemment, tout le monde ne réagit pas de la même façon à cette injonction individualiste. La capacité d'un individu à bâtir son plan de vie dépend des ressources dont il dispose et des cadres dans lesquels il est inséré.

L'individu est mis sous pression afin qu'il fasse de sa vie son propre projet, qu'il élabore et ensuite réalise son parcours de vie.

D'après LALIVE D'ÉPINAY, la dérégulation des trajectoires de vie – et en particulier des deux grandes transitions que sont l'entrée dans la vie adulte et la retraite – n'a entraîné ni une altération du modèle dominant de parcours de vie, ni l'émergence de nouveaux schémas. Le modèle de parcours de vie en vigueur garde son caractère normatif ; il est cependant plus difficile à accomplir sur le plan individuel : « de parcours de vie, il devient un parcours du combattant. ». Les changements structurels qui ont eu lieu depuis les années 1970 – dérégulation du marché du travail, hausse du chômage, diminution du pouvoir régulateur de l'État, etc – ont creusé l'écart entre les attentes normatives que la société adresse à ses membres et les moyens à disposition de ces derniers.

L'injonction actuelle du « Bien Vieillir », de la vieillesse active, discrimine les personnes qui ne peuvent s'inscrire dans cette logique exigeante de l'autonomie.

Cette diversité des parcours et situations impose que les structures (services et établissements) s'organisent pour pouvoir sortir des solutions standards et élaborer des solutions « sur mesure ». Une plus grande espérance de vie et l'âge retardé d'apparition des incapacités font apparaître de nouveaux besoins d'accompagnement qui peuvent être ponctuels, relevant parfois plus d'un soutien social que médical ...soutien social que l'environnement familial, amical n'assure parfois plus.

2.3 Le territoire de proximité, lieu d'intégration sociale et de construction des politiques locales de solidarité

2.3.1 L'intégration sur le territoire de Vie ou de proximité pour prévenir l'exclusion

Je définis le territoire de Vie (ou de proximité ou d'attractivité) sur la base de critères d'accessibilité en distance et en temps, mais aussi en termes d'identification de la personne sans rupture symbolique. Ce territoire couvre globalement la Communauté de Communes du Pays de Blain (proche des limites du Canton).

Au travers des situations rencontrées, nous l'avons vu, la demande de la personne âgée de rester dans son milieu de vie et de proximité est constante : cette demande doit être privilégiée. Ainsi intégrée dans ses réseaux habituels de contacts (famille, amis, ...), la personne conserve sa pleine appartenance à la communauté humaine. C'est un réel soutien identitaire pour quelqu'un qui, parfois, perd conscience de lui-même, à la suite de troubles cognitifs.

Dans le Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale²², D. Fablet définit l'exclusion comme un ensemble de mécanismes de rupture tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales (ruptures des différents liens sociaux qui agrègent les hommes entre eux). Je pense primordial pour prévenir l'exclusion sociale et familiale de proposer des solutions de soutien et d'accompagnement au plus près des territoires de vie des personnes.

Le Centre d'Analyse Stratégique dans le rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix »²³ pose comme un enjeu d'avenir l'élaboration de politiques gérontologiques au plus près des territoires de vie des personnes.

Je cite le début de leur résumé du chapitre 4 intitulé « Planification, programmation, péréquation » : « Face au défi de la prise en charge diversifiée d'une population toujours plus ample, la territorialisation des politiques s'impose pour permettre aux acteurs d'effectuer les arbitrages pertinents, en dépassant les cloisonnements de l'offre (entre domicile et établissement, sanitaire et médico - social). ».

Le territoire de vie est le cadre pertinent d'organisation de l'accompagnement dans tous ces aspects, social et médical, de la mise en œuvre coordonnée et optimale de l'ensemble des actions retenues pour satisfaire les demandes exprimées et ressenties. C'est un cadre de mobilisation des acteurs.

2.3.2 L'élaboration d'une action locale organisée autour des dispositifs gérontologiques existants

A) L'action du CLIC

Un CLIC a été ouvert le 1/02/2006 et a accédé au statut plénier (niveau III) le 28 juin 2007. Il se pose en relais des structures existantes et constitue un service pour la personne âgée et son entourage, mais également pour les professionnels. Ces derniers

²² BARREYRE J.Y, BOUQUET B. (sous la direction de) Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale, Paris Bayard 2008 p. 248

²³ CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE, « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », 2006, Paris, La Documentation Française

sont déchargés non pas de leur propre offre mais de la coordination des offres entre elles en respect de la circulaire du 06 juin 2000.

Ce CLIC est géré par la Communauté de Communes Erdre et Gesvres mais est au service de deux Communautés de Communes : celle de la Région de Blain l'a rejoint en septembre 2006. C'est un vaste territoire de 16 communes qui est couvert par ce service. Il fonctionne avec deux coordinatrices à temps plein, une personne à mi temps récemment recrutée et 0,3 équivalent temps plein d'accueil – secrétariat.

Depuis 2008, il fait face à une progression nette des sollicitations de la part des professionnels du soutien à domicile (Soins et Quotidien) notamment autour des cas dits « complexes »²⁴.

Une charte de partenariat entre tous les acteurs de la gérontologie sur le secteur des deux intercommunalités a été travaillée, rédigée en groupe puis signée en 2010. Ce document a pour objet de contractualiser le travail en réseau des partenaires du CLIC autour de valeurs et d'objectifs communs et de définir les modalités d'organisation de ce travail partenarial. Des principes ont été définis comme étant des valeurs partagées fondant le travail en réseau au service de la personne âgée et de son entourage. Ces principes visent au respect absolu de la personne âgée, même dépendante, « en tant qu'être humain », au respect de sa liberté individuelle et de sa dignité.

Face au développement des situations complexes suivies à domicile, fin 2010-début 2011, s'est constitué un groupe de travail animé par le CLIC sur le thème de « comment préparer l'entrée en structure (EHPAD principalement) ? ». Des professionnels du soutien à domicile, des responsables de structures (j'ai participé à deux réunions), des professionnels de CCAS et du Conseil Général ont participé à ces travaux. Les conclusions portent entre autres :

- sur l'importance d'une discussion partagée très en amont entre la personne concernée, la famille, les professionnels intervenant au domicile, et le médecin pour permettre l'élaboration progressive d'un avenir hors du domicile
- sur l'absence, sur le territoire, de solutions de répit pour les aidants, de formules intermédiaires entre domicile / hébergement spécialisé permanent
- et à plus court terme sur l'élaboration d'un guide local des structures d'accompagnement en direction des personnes de plus de 60 ans et sur des actions de valorisation de l'image de la vieillesse auprès du grand public.

²⁴ situation complexe : qui implique plusieurs intervenants avec un besoin de suivi dans la durée. Plusieurs critères sont pris en compte : manque de contacts familiaux, pathologies multiples (troubles psychologiques, alcoolisme...), isolement, difficultés pour les professionnels à passer le relai, la notion d'urgence (suspicion de maltraitance ou maltraitance avérée), contexte environnemental difficile ...

Je n'ai pas participé à l'intégralité des travaux mais j'ai défendu le bien fondé d'ajouter à ces conclusions la possible association d'un professionnel des établissements d'accueil pour aller rencontrer les personnes à leur domicile. Cette démarche permet à la personne âgée d'avoir un premier contact humain et personnalisé avec la structure spécialisée : ainsi, elle n'aborde pas la structure par le « bâtiment », souvent impersonnel, imposant, voire enfermant, mais par une personne qui s'intéresse à elle, sa vie, son histoire, sa situation actuelle.

La forte demande des professionnels du domicile de préparer très en amont l'accueil potentiel en hébergement spécialisé reflète les difficultés rencontrées avec les réticences des personnes âgées du territoire à intégrer des structures...

La restitution des travaux a donné lieu à un échange avec les élus des différentes communes, échanges qui se sont poursuivis lors de l'Assemblée Annuelle du CLIC, et portant notamment sur la nécessité de développer des formules d'accueil souples.

À la suite de ces réunions, un courrier des deux intercommunalités parties prenantes du CLIC a été adressé à l'ARS pour défendre les spécificités des besoins des territoires ruraux en termes de formules d'accueil souples et décentralisées.

- B) Localement, des rencontres de professionnels de la santé, élargies par volonté politique aux acteurs de la gérontologie et plus largement du lien social

À Blain, une concertation des professionnels oeuvrant dans le champ de la gérontologie est en cours, impulsée par une Municipalité nouvellement élue en 2008. Les rencontres ont démarré autour du projet de Maison Médicale, projet devenu impératif au regard des nombreux départs en retraite des médecins généralistes de la commune. Le territoire couvert ne recense aucun hôpital général ni aucune clinique. La présence de ces structures dans les agglomérations nantaises et castelbriantaises met les habitants du territoire à moins de 30 minutes d'accès des principaux services d'urgence.

L'offre de soins est donc caractérisée en 2011, sur le territoire de Blain, par la présence de médecins généralistes, mais en nombre insuffisant par rapport à l'hypothèse de référence définie par l'URCAM des Pays de la Loire qui est de 1 médecin pour 1 000 habitants.

Un dossier CROSMS pour la mise en place de la HAD (hospitalisation à domicile) a été redéposé après la réouverture du CAPS (Centre d'Accueil et de Permanence des Soins) à Nozay, qui assure la permanence de soins sur le territoire (condition pour l'implantation d'une antenne HAD).

À l'automne 2011, le territoire devrait enfin disposer de la Permanence des Soins et de l'Hospitalisation à Domicile.

Un SSIAD couvre le territoire de proximité de Blain, mais comme beaucoup de services du même type, il ne peut plus répondre à l'ensemble des demandes. Ce service travaille en complémentarité avec les infirmières libérales, les services d'aide à domicile.

Sous l'impulsion de la Mairie (plus particulièrement d'une élue), les rencontres se sont élargies du projet de la Maison de la Santé aux professions paramédicales et au secteur de l'aide à domicile et de la gérontologie dont la résidence M. de Rohan.

La volonté est d'aboutir à la constitution d'un lieu identifié comme Maison du Lien Social, et regroupant les permanences du CLIC, des services d'aide à domicile, SSIAD, mais aussi permanence de Sécurité Sociale. Le souhait est de créer des synergies, faciliter les concertations entre professionnels face aux demandes.

2.4 Les politiques publiques s'orientent vers une approche transversale du vieillissement et un accompagnement ciblé de la grande dépendance (désorientation et fin de vie)

2.4.1 Des politiques publiques actuelles qui encouragent le libre choix des personnes de grand âge en perte d'autonomie à rester à domicile

La publication en 1962 du Rapport Laroque²⁵ marque le coup d'envoi de la politique de maintien à domicile. Il pose la question de fond et toujours d'actualité de la place des personnes âgées dans une société « *Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain.* »

La réponse du rapport Laroque est claire, indiquant que la place des personnes âgées dans la société française est de rester parmi les autres générations, comme elles le souhaitent profondément. Pour cela, ce rapport souligne la nécessité de logements adaptés, la généralisation de l'aide ménagère à domicile, la création de services sociaux ... tout en convenant que le placement collectif de certaines personnes continuera de s'imposer, mais de façon exceptionnelle.

²⁵ Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, 1962, « *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque* » Paris, La Documentation Française, p.4.

La loi du 2 janvier 2002 concernant le champ gérontologique souligne les orientations suivantes :

- favoriser un soutien à domicile de qualité (renforcement de la professionnalisation des différents intervenants)
- développer les politiques coordonnées par territoire tant en termes de prévention que d'accompagnement des personnes et d'attribution des subventions aux associations ou services qui proposent ce type d'actions
- soutenir la mutation des établissements dans l'accompagnement des résidents dépendants et le développement de nouvelles formes de prises en charge
- dans l'intérêt premier des personnes accompagnées, à savoir développement de leurs potentialités, soutien de leur autonomie.

En 2003, lors de l'été caniculaire, a eu lieu le choc de conscience crée par les nombreux décès d'anciens. Des situations d'extrême isolement ont été mises à jour. Les Plans d'action à destination du Grand âge qui ont suivi me semblent mieux prendre en compte deux dimensions : la dimension écoute de la parole, du souhait de la personne, et l'aspect solidarité intergénérationnelle, « vivre ensemble ».

Le préambule du **Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009**²⁶ reprend et réaffirme ces orientations.

Avant lui, le **Plan Solidarité – Grand âge**²⁷ rendu public en juin 2006 soulignait la nécessité pour « La France ...d'avoir une politique ambitieuse de longévité » car « alors que le nombre de personnes de plus de 85 ans est resté stable entre 1995 et 2005, en raison du déficit de naissances lié à la première guerre mondiale, il va quasiment doubler dans les dix prochaines années, passant de 1 100 000 personnes en 2005   1 900 000 en 2015. »

Le nombre de personnes requérant potentiellement une prise en charge pour cause de perte d'autonomie va également progresser mais cette évolution sera fortement liée aux actions de prévention mises en place sur la période.

Le **Plan Alzheimer 2008-2012** a été lancé le 1^{er} février 2008 spécifiquement orienté vers l'accompagnement des personnes atteintes de ce type de troubles cognitifs et de leur entourage familial. Dans les orientations de ce plan, sont identifiées les mesures

²⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, « *Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009* », 2007, p.2 (en ligne) disponible sur internet www.cnsa.fr/article.php3?id_article=719

²⁷ MINISTÈRE DÉLÉGUÉ   LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES, ET   LA FAMILLE, « *Plan Solidarité – Grand âge* », juin 2006, p.1 (en ligne) disponible sur internet www.cnsa.fr

suivantes qui peuvent être des appuis dans le cadre du projet de la résidence M. de Rohan :

- le développement et la diversification des structures de répit,
- la création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées.

À la suite de ce Plan, les circulaires concernant les créations et labellisation d'unités spécifiques telles que les PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adapté) et UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) ont été publiées en janvier 2010. Des crédits sont identifiés pour accompagner le déploiement de ces dispositifs, mais les demandes dépassent largement les possibilités de financement...

2.4.2 Une réflexion nationale sur le vieillissement dans un contexte budgétaire tendu

La question des modes d'accompagnement et du financement de la dépendance est un sujet de pleine actualité :

- des concertations en région se sont déroulées
- cinq groupes de réflexion ont produit leurs conclusions en juillet 2011
- et des annonces gouvernementales devraient être faites en septembre.

A) Parcours coordonné et diversification de l'offre

Les travaux issus des groupes de réflexions²⁸ soulignent que l'enjeu démographique est plus le vieillissement général de la population que la dépendance. En ce sens, les orientations des politiques publiques lors des derniers plans nationaux et les recommandations issues de ces travaux identifient deux axes principaux d'action.

Le premier est l'amélioration des conditions d'accompagnement à leur domicile des personnes qui vieillissent et qui peuvent connaître des situations de dépendance, car le libre choix de la personne qui vieillit est dans la très grande majorité des cas de vieillir et mourir chez elle

- par des actions de prévention, d'adaptation du logement, le développement de formules d'habitat intermédiaire,
- par le développement et la professionnalisation des services du quotidien et du soin à domicile, le développement de la coordination des professionnels, et de la notion de parcours coordonné
- par le développement de formules de soutiens pour les aidants familiaux, accueil temporaire de l'aidé, entre autres.

²⁸ 4 groupes ayant produit 4 rapports portant sur 4 thématiques distinctes : groupe n°1 « Société et Vieillesse » (Annick Morel), groupe n°2 « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie » (Evelyne Ratte), groupe n° 3 « Enjeux démographiques et financiers de la

Les EHPAD peuvent prendre leur place dans ces orientations, notamment en proposant des formules d'accueil souples, temporaires et en s'inscrivant de fait dans la démarche de parcours coordonné des personnes soutenues (retour d'hospitalisation, absence des aidants familiaux...). Un des rapports préconise aussi le développement d'actions de prévention à partir des EHPAD financées par des enveloppes (type MIGAC dans le sanitaire).

Cette ouverture sur l'extérieur des structures va être indispensable car la conséquence directe de cette première orientation est l'inévitable alourdissement de la dépendance des personnes accueillies en EHPAD, entrées en structure de plus en plus tardives et liées à des contraintes de santé (garder l'utopie du libre choix dit G. Laroque), séjours à la durée plus réduite ... évolutions que toutes les structures connaissent déjà.

C'est le deuxième axe d'orientation des politiques publiques : les plans nationaux ou différents rapports évoquent la nécessaire adaptation de l'offre des établissements.

B) Quelle EHPAD pour demain ?

Le Rapport Ratte « Accueil et accompagnement des personnes âgées dépendantes » pointe « les difficultés pour établir les besoins futurs en place d'établissement ».

Ce rapport développe les hypothèses suivantes en termes de besoins futurs :

Une tendance à la désinstitutionalisation, mais ce constat n'étant pas partagé par l'ensemble du groupe. En effet, la répartition des personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de l'APA) entre le domicile et l'institution reste stable depuis 2007 – 60 % à domicile, 40 % en établissement – 55 % à domicile / 45% en établissement en 2003 – conséquence de la volonté toujours plus affirmée des personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible et de la politique volontariste menée en faveur du maintien à domicile.

Mais ce moindre recours à l'institution peut aussi s'expliquer :

- par un problème de coût et de solvabilisation de l'hébergement ;
- par une offre parfois inadaptée au regard de l'état de santé ou de perte d'autonomie de la personne ;
- par une baisse du taux d'équipement.

Un nombre de personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) qui augmente en établissement passant de 59 % en 2007 à 61,1 % en 2010. La structure des

dépendance » (Jean Michel Charpin) , groupe n°4 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » (Bertrand Fragonard)

bénéficiaires de l'APA est stable depuis 2007 à domicile (8 % GIR 1 ; 28 % GIR 2 ; 20 % GIR 3 ; 44 % GIR 4).

Corollairement, le recul **progressif de l'âge moyen d'entrée** en établissements d'hébergement.

Le Groupe ayant travaillé les conclusions de ce rapport estime que la répartition actuelle des personnes âgées en perte d'autonomie devrait évoluer progressivement et passer de 60/40 entre domicile et établissement à une répartition 70/30 d'ici 2030/2040 comme c'est déjà le cas dans des pays voisins comme l'Allemagne.

Dans ces conditions, le rapport Ratte soulève la question du devenir des EHPAD : « *ne risque t on pas de transformer progressivement un lieu de vie et d'animation en un lieu de fin de vie fortement médicalisé ?* »

Cette plus forte perte d'autonomie des personnes âgées à leur entrée en EHPAD nécessitera de renforcer les taux d'encadrement. Les ratios proposés par le plan solidarité grand âge et utilisés par la grille AGGIR sont les suivants :

- 1 pour 1 pour les GIR 1
- 0,84 pour les GIR 2 ;
- 0,66 pour les GIR 3 ;
- 0,42 pour les GIR 4 ;
- 0,25 pour les GIR 5 ;
- 0,07 pour les GIR 6.

Sur la base de ces ratios, et au regard des caractéristiques des personnes accueillies en 2010, la résidence M. de Rohan devrait disposer de 16 etp supplémentaires lui permettant d'atteindre un ratio d'encadrement de 0,66 (au lieu de 0,49 y compris les emplois aidés en 2010). Ainsi, ce rapport préconise que « la priorité devrait être donnée pour le futur d'une part, à la rénovation des places existantes plutôt qu'à la création de places nouvelles et d'autre part, au développement et à l'adaptation des institutions d'hébergement intermédiaires et aux structures de répit. »

Enfin, ce document souligne trois axes à clairement travailler :

- la structuration du dispositif autour d'un objectif prioritaire – le parcours coordonné de la Personne âgée
- la qualité par l'évaluation des services et la professionnalisation des professionnels
- rechercher les voies et moyens de maîtriser le reste à charge.

Quant au rapport Fragonard portant sur l'évolution du système de financement, son introduction souligne que les trois scénarios présentés sont fondés sur des conceptions philosophiques de la solidarité nationale, de la place de la famille et du rôle de la puissance publique très différentes (consolidation du système actuel, dispositif public de sécurité sociale, assurance privée).

Ainsi, face aux besoins de financements croissants liés à l'accompagnement de la dépendance, nous ne sommes pas face à des choix de techniques financières mais bien face à des choix de société sur la place que nous souhaitons faire à nos aînés (nous demain). Des annonces du gouvernement étaient attendues à l'automne 2011. Elles sont finalement repoussées à la grande déception des professionnels du secteur, las d'attendre.

2.4.3 Des orientations reprises au niveau de la région et du département par le PRIAC et le schéma gérontologique

A) Le PRIAC

Face à une progression estimée à + 20 % des personnes âgées de plus de 75 ans entre 2007 et 2020, le PRIAC de la région Pays de la Loire actualisé en 2010 reprend les grandes orientations nationales et identifie les objectifs suivants :

- le rééquilibrage territorial de l'offre dans la région, sachant que la région est qualifiée comme « bien équipée par rapport à la moyenne nationale » ;
- la diversification de l'offre, par le développement des structures d'accompagnement en milieu ordinaire et des structures de répit pour les aidants, et par le développement des prises en charge adaptées aux publics spécifiques (Alzheimer, ...)
- un développement global de l'offre pour accompagner les besoins liés à l'évolution démographique.

PRIAC 2010-2013 : programmation

	Places EHPAD	Places SSIAD	Places HT	Places AJ
LOIRE ATLANTIQUE	800	360	120	178
TOTAL RÉGION	1 503	1141	219	438

Mais le PRIAC souligne que cette programmation, sous réserve des financements, ne peut que « limiter la baisse inéluctable du taux d'équipement

- -3 % en référence à la population des plus de 75 ans en 2013
- -36 % en référence à la population de 85 ans et plus en 2013 ».

Et face à cette programmation, une évaluation des besoins humains a été réalisée et qui recense un besoin régional supplémentaire de :

- 65 médecins dont 18 psychiatres
- 485 personnel socio éducatif dont 214 AMP
- 209 Infirmiers
- 873 Aides soignants

B) Le Schéma Gérontologique

Le Schéma gérontologique 2006-2010 du département de la Loire Atlantique souligne en préface la nécessité de « Favoriser la cohérence des actions, la coordination des acteurs ». Il identifie les axes d'actions suivants :

- le soutien prioritaire aux projets intermédiaires entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement : accueil de jour, accueil temporaire, accueil de nuit...
- le soutien prioritaire à la désorientation,
- le soutien prioritaire à la proposition d'un hébergement de qualité proche du domicile à un coût supportable par la personne, sa famille ou la collectivité.

En cours d'actualisation, le Schéma gérontologique 2011-2016 identifie 5 axes prioritaires qui reprennent les thèmes du schéma précédent en introduisant le thème de la coordination des professionnels :

- les trois premiers portent sur la Prévention et le Bien Vieillir chez soi ou dans des formules « d'Habiter » intermédiaires
- la quatrième porte sur l'adaptation de l'offre des établissements
- le cinquième vise à renforcer la coordination des professionnels.

C) Un territoire quantitativement « bien » équipé en termes de structures d'accueil des personnes âgées de plus de 75 ans mais avec des établissements « stigmatisés »

En termes d'équipements en structures médico sociales, le territoire est quantitativement « bien » équipé au regard de la réalité du département de la Loire Atlantique : pour une population de plus de 75 ans qui s'élevait à 1 815 personnes (recensement de 2008 – territoire de proximité), 405 places d'EHPAD existent soit un taux d'équipement de 22,3 %.

Le département affiche un taux d'équipement de 15,6 % en 2009 (chiffre du PRIAC actualisé en 2010).

Équipement du territoire élargi de Blain en structures d'accueil

	Pop + 75 ans	places héberg	dont Cantou	dont temporaire	places sanitaires	dont Soins Longue Durée psy
FAY-DE-BRETAGNE	234	66				
HERIC	319	84		possible		
NOTRE-DAME-DES-LANDES	73					
BLAIN	736	120				
	Rohan	50			30	30
	ISAC	85		2		
BOUVRON	274					
LE GAVRE	119					
LA CHEVALLERAI	60					
TOTAL	1 815	405			30	30
Taux d'équipement	EHPAD	22,31%			1,65%	

Mais les places existantes sur le territoire ne sont que des places d'accueil permanent : il n'existe pas d'accueil de jour, ni de nuit, ni temporaire.

Face aux priorités départementales du schéma gérontologique et régionales du PRIAC (cohérentes avec les orientations nationales), le territoire de proximité présente pour moi deux fragilités actuellement :

-l'offre de ses structures d'hébergement pour personnes âgées n'est pas qualitativement adaptée ;

-et face à l'objectif de répartition territoriale équilibrée de l'offre, son taux d'équipement relativement élevé par rapport aux autres zones du département fait peser un risque réel de perte de places.

L'injonction de l'ARS pour la construction d'un projet commun entre la résidence et centre de l'ISAC prend toute sa mesure repositionnée dans ce contexte. La menace est réelle et elle oblige à construire un projet adapté aux réalités territoriales, construit en partenariat avec les autres acteurs du territoire, et tenant compte des contraintes financières actuelles.

Au delà des structures médico sociales, des formules d'habitat intermédiaire sont en cours : une Résidence Service est en cours de construction à côté de la résidence Margueritte de Rohan par un bailleur privé. Elle s'adresse aux personnes âgées souhaitant bénéficier de services à leur domicile, mais ne nécessitant pas de soins médicaux lourds.

La Mairie de Blain a aussi lancé un appel aux initiatives individuelles privées pour encourager des formules d'habitat regroupé (colocations, ...).

Ces diverses initiatives s'adressent à des personnes âgées indépendantes ou faiblement dépendantes dans les actes de la vie quotidienne. Jusqu'à ce jour, en l'absence d'offres sur le territoire, ces personnes, pour un faible nombre d'entre elles (surtout des hommes

seuls et isolés), entraînent à la résidence. Ce ne sera plus le cas, ce qui va dans le sens d'un alourdissement croissant des situations de dépendance des personnes ayant besoin du soutien de la structure.

Conclusion partielle -

Avant d'être un temps d'apaisement, le « Grand âge » est une période où se rejouent les étapes de crises fondatrices d'une nouvelle période de vie., C'est un temps de fragilité pour la plupart des femmes et des hommes qui atteignent cette période de la Vie, où des soutiens, des étayages sont nécessaires pour préserver l'équilibre ... Ces soutiens se doivent d'être respectueux de l'Intégrité, de l'Identité, de l'Estime de Soi de chaque individu à une période de sa vie où les réaménagements identitaires sont indispensables pour accompagner les deuils, changements qui affectent la personne. Sans ces réaménagements progressifs, les risques de repli (sur soi, ou dans la folie) émergent.

Les structures spécialisées du territoire jouent avec difficultés actuellement ce rôle de soutien.

L'évolution de la résidence est nécessaire pour remédier à cette image, pour changer les modalités d'accueil (plus souples et permettant d'accompagner jusqu'au bout les personnes) pour permettre de relancer la démarche d'accompagnement global et d'élaboration des Projets de Vie Personnalisés. Ces derniers vont en effet prendre sens, la proposition de la structure pouvant réellement s'adapter au parcours et besoins de la personne rencontrée. Pour les professionnels, c'est aussi la possibilité de réinvestir le sens du travail d'accompagnement au quotidien et de s'ouvrir au travail en réseau.

L'injonction de l'ARS en mai 2010 d'un projet commun ISAC / Rohan portant sur 170 lits va être l'élément externe déclencheur de la concrétisation de ce projet.

Le contexte local me semble favorable à l'émergence d'un projet d'établissement nouveau pour Blain : les acteurs locaux de la gérontologie se rencontrent, des habitudes de coordination se mettent en place avec le CLIC depuis 3 ans, les besoins en accueil temporaire ont été clairement formulés, les solutions d'habitat intermédiaire émergent.

Ce projet doit s'inscrire dans les orientations actuelles des politiques publiques. Ces orientations priorisent deux axes.

Le premier est l'amélioration des conditions d'accompagnement à leur domicile des personnes qui vieillissent et qui peuvent connaître des situations de dépendance, car le libre choix de la personne qui vieillit est dans la très grande majorité des cas de vieillir et mourir chez elle. Les EHPAD peuvent prendre leur place dans ces orientations, notamment en proposant des formules d'accueil souples, temporaires et en s'inscrivant

de fait dans la démarche de parcours coordonné des personnes soutenues (retour d'hospitalisation, absence des aidants familiaux...). Un des rapports préconise aussi le développement d'actions de prévention à partir des EHPAD financées par des enveloppes (type MIGAC dans le sanitaire).

Le deuxième axe d'orientation est la nécessaire adaptation de l'offre des établissements, avec l'intégration de l'accompagnement de la fin de vie dans les projets d'établissement, le travail éthique d'équipe autour de personnes affectées dans leur permanence identitaire par la démence ...

Pour mener à bien ces évolutions dans les structures, il faut de l'engagement humain, mais aussi des moyens : à l'issue des travaux, un des rapports préconise non pas une augmentation du nombre de places en hébergement, mais une réelle amélioration qualitative des conditions d'accueil. Pour développer le projet que je souhaite mener, je vais me situer dans ce contexte de reconnaissance des besoins humains nécessaires pour faire face aux évolutions des accompagnements en EHPAD (formations d'aides soignantes et infirmières en nombre suffisant, et reconnaissance financière des ratios d'encadrement).

3 LE NOUVEL EHPAD BLINOIS : OUVERT, INTÉGRÉ AU DISPOSITIF GÉRONTOLOGIQUE LOCAL POUR SOUTENIR LE PARCOURS DE CHAQUE PERSONNE DU GRAND ÂGE

Je vais m'appuyer sur les conclusions des deux derniers chapitres pour développer ma conception de l'accompagnement à même de répondre aux besoins de la population du grand âge du territoire de proximité et sa déclinaison en termes d'objectifs et d'organisation pour la structure que je dirige.

Puis je présenterai les enjeux sociaux liés au rapprochement de la résidence et de l'ISAC et comment j'envisage d'y travailler.

Dans un dernier temps, j'aborderai les modalités d'élaboration du nouveau projet de structure.

À cette étape du processus, j'ai établi des repères en termes de budget, de grille d'emplois et d'investissements financiers (disponibles en annexes). Je les ai construits à partir des données de départ des deux établissements concernés, de données issues d'études sectorielles, ou de visites de nouvelles structures. Ces éléments seront évidemment affinés en fonction de l'avancée des réflexions et travaux menés avec les différents partenaires.

En tant que directeur et pilote de ce projet, je suis porteur d'une lecture des besoins des personnes, du jeu des acteurs professionnels et politiques du territoire et du contexte national en termes de politiques publiques et orientations financières. C'est à partir de cette lecture que j'ai élaboré ma vision de la structure.

Ma perception des besoins des personnes du grand âge du territoire sont sous tendue par une conception d'accompagnement fondée sur des valeurs qui sont finalement contenues dans les valeurs républicaines :

- d'égalité dans le sens de reconnaissance de l'altérité pleine et entière quelque soit l'origine, l'âge et l'état de santé
- de fraternité dans le sens de reconnaissance de l'appartenance à la communauté humaine là aussi quelque soit l'origine, l'âge et l'état de santé, et par conséquence devoir de solidarité, de responsabilité dans la relation à l'autre jusqu'au bout de sa vie
- de respect de la liberté pour chacun, permise par la reconnaissance de l'altérité et par la responsabilité dans la relation à l'autre.

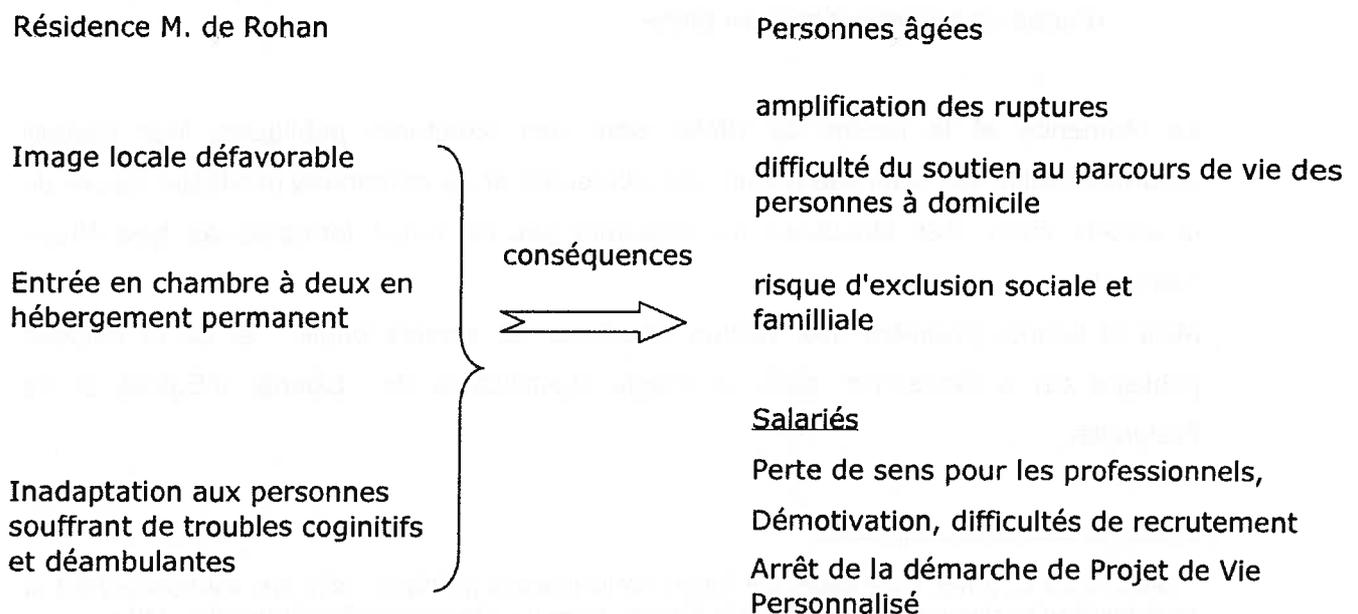
Dans le respect de ces valeurs vis à vis de l'ensemble des parties prenantes au projet, ma démarche consiste à :

- Partager cette vision avec les représentants des usagers, les équipes de salariés, le réseau de partenaires, professionnels, politiques locaux et financeurs,
- À partir des échanges enrichir cette vision, faire des choix pour aboutir à un projet commun, répondant aux besoins et réaliste dans un contexte budgétaire actuel extrêmement tendu ;
- Grâce à ce projet élaboré conjointement, mettre en route une équipe professionnelle motivée.

3.1 Une offre adaptée, construite en partenariat pour répondre aux besoins : des valeurs déclinées en principes d'accompagnement, puis objectifs et configuration cible de la structure

3.1.1 Un projet d'accompagnement refondé, élaboré en partenariat, doit précéder tout projet architectural

Le projet doit remédier à l'inadaptation actuelle des constructions de la résidence : son volet architectural est donc un élément important. Mais il est bien évidemment nécessaire d'aller au delà : ce projet architectural doit être la déclinaison d'un projet d'accompagnement refondé et partagé entre les personnes du grand âge du territoire, les partenaires professionnels et les salariés de la structure.



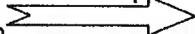
Dans cette démarche, nous disposons de points d'appui à la fois localement, mais aussi dans l'environnement plus large des politiques publiques. Cela implique de travailler ce projet en partenariat, ce qui est un mode de travail nouveau pour l'ensemble de l'équipe de la structure.

Les contraintes financières actuelles m'imposent en tant que pilote de projet d'encourager les initiatives et idées nouvelles tout en rappelant l'impératif de déclinaisons opérationnelles optimisant l'existant, les synergies, les mutualisations.

Politiques Publiques

Soutien au domicile des personnes âgées qui le souhaitent majoritairement

Accueil en EHPAD des personnes dont la situation rend cet accueil nécessaire (raisons de santé, absence de soutien familial et social)

se traduit par 

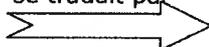
dispositifs de soutien aux aidants encouragés
plate forme de répit
accueil temporaire

notion de parcours coordonné des personnes

stabilisation du nombre de places en EHPAD mais
amélioration "qualitative" ?

localement

CLIC actif depuis 4 ans

se traduit par 

Les acteurs se connaissent désormais

Charte de partenariat entre les acteurs de la gérontologie existe

Le partenariat se met en place progressivement

+ Nouveaux élus

Mobilisation de la municipalité de Blain et plus
largement des élus du territoire pour équiper le territoire
en dispositifs sanitaire et sociaux (CAPS, HAD, formules
d'habitat intermédiaire ...)

3.1.2 Les valeurs républicaines fondatrices de ce projet et les principes d'accompagnement mis en place

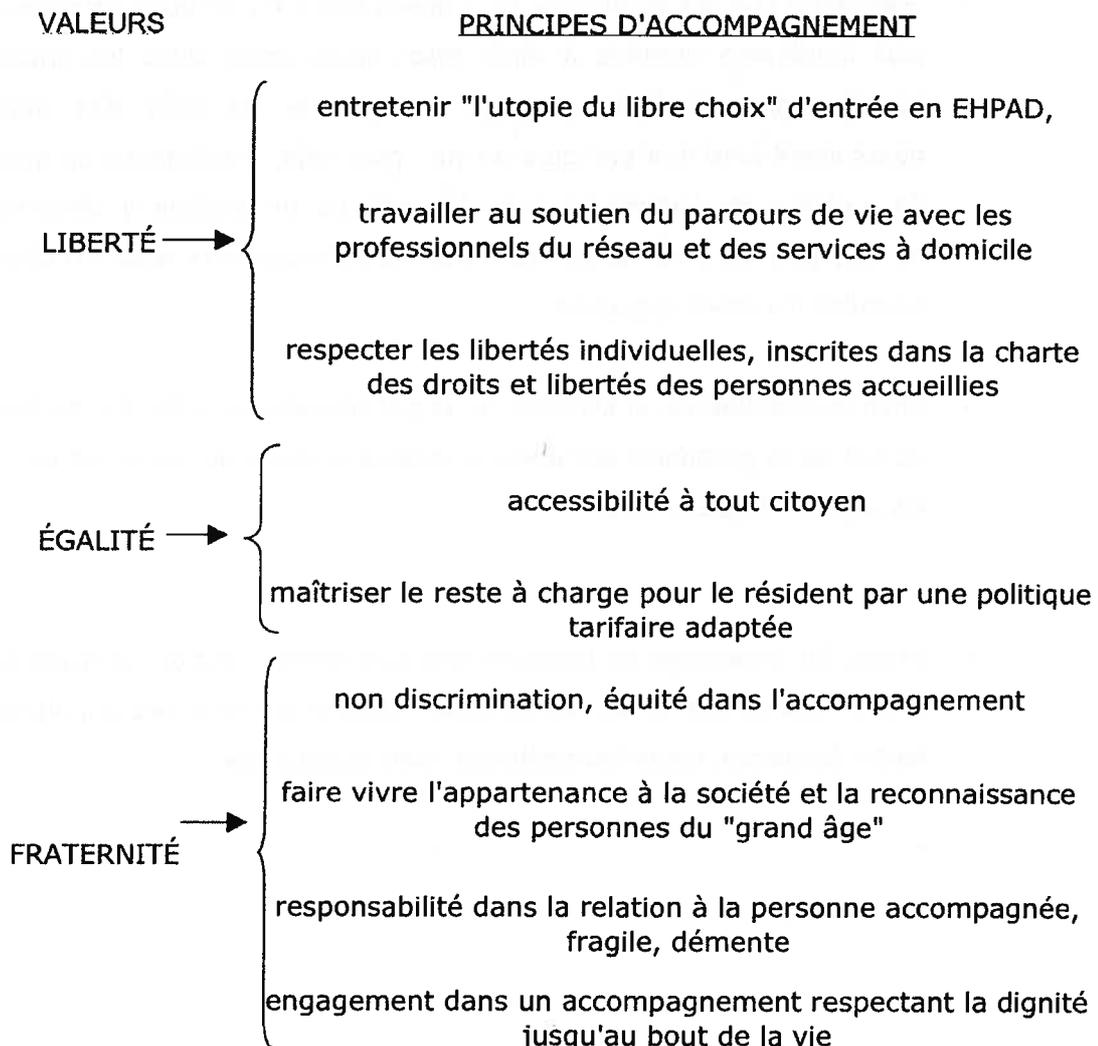
La résidence et le centre de l'ISAC sont des structures publiques, leur Conseil d'Administration est composé d'élus, des dirigeants et de personnes qualifiées issues de la société civile. Ces structures ne disposent pas de projet formalisé de type Projet Associatif.

Mais la source première des valeurs attachées au service public²⁹ et de la fonction publique est à rechercher dans la trilogie républicaine de : Liberté, d'Égalité et de Fraternité.

²⁹ SILICANI J.L., 2008, *Livre Blanc sur l'avenir de la fonction publique : faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France*, Paris, La Documentation Française, 240 p.

Ce sont les valeurs fondatrices de l'État contemporain et de ses services publics, à l'origine, idéaux proclamés par les révolutionnaires de 1789, puis définis comme principes de la République par la Constitution de 1948, et enfin élevés au rang de la devise de la République par la Constitution de 1958.

Je m'appuie sur ces valeurs pour décliner mes principes d'accompagnement des personnes de « grand âge », accueillies en EHPAD :



La référence à ces valeurs croise bien évidemment l'esprit de la loi de 2002-2, replaçant l'usager au centre de l'accompagnement.

La loi 2002-2 met en place les outils soutenant cette démarche : livret d'accueil, contrat de séjour, instance et/ou modalités d'expression des personnes accueillies ...

3.1.3 Les objectifs de la structure et sa configuration « cible » sont issus des principes d'accompagnement et valeurs fondatrices

A) Les objectifs

C'est à partir de ces valeurs fondatrices et principes d'accompagnement, que j'ai défini les objectifs de la structure que je dirige :

- Permettre que les personnes du « grand âge » du territoire réussissent le plus longtemps possible à vivre selon leurs choix, dans les limites du maintien des conditions de leur sécurité et de celle des autres et poursuivent ainsi leur parcours de vie ; pour cela, la création d'un dispositif de « répit » en partenariat avec les acteurs du soutien à domicile me semble prioritaire sur le territoire pour accompagner la mise en place de formules d'accueil séquentiel.
- Ainsi le maintien de la stabilité, de la permanence et intégrité, de l'estime de soi de la personne accueillie permettra le désir de rester en lien avec les autres (familles, amis) ;
- Et que les personnes en hébergement permanent, pour qui la structure est très probablement le dernier domicile, bénéficient d'un accompagnement de fin de vie non seulement médical, mais aussi social.

PRINCIPES D'ACCOMPAGNEMENT

entretenir "l'utopie du libre choix" d'entrée en EHPAD,

travailler au soutien du parcours de vie avec les professionnels du réseau et des services à domicile

respecter les libertés individuelles, inscrites dans la charte des droits et libertés des personnes accueillies

se rendre accessible à tout citoyen : faciliter l'accès à des services de la résidence

maîtriser le reste à charge pour le résident par une politique tarifaire adaptée

non discrimination, équité dans l'accompagnement

faire vivre l'appartenance à la société et la reconnaissance des personnes du "grand âge"

responsabilité dans la relation à la personne accompagnée, fragile, démente

engagement dans un accompagnement respectant la dignité jusqu'au bout de la vie

OBJECTIFS DE LA STRUCTURE

· que les personnes du « grand âge » du territoire réussissent le plus longtemps possible à vivre selon leurs choix, dans les limites du maintien des conditions de leur sécurité et de celle des autres et poursuivent ainsi leur parcours de vie ;

· que les personnes en hébergement permanent, pour qui la structure est très probablement le dernier domicile, bénéficient d'un accompagnement de fin de vie non seulement médical, mais aussi social.

MODES DE RÉPONSE

diversification des modes d'accueil (accueil de jour, de nuit, temporaire) permettant :

une articulation avec les services de soutien à domicile pour permettre le respect du choix des personnes le plus longtemps possible

avec possibilité, pour l'accueil de jour, de se déplacer au plus près des personnes

Accueil jusqu'au bout de la vie avec des espaces pour les personnes désorientées

Recours autant que possible aux services de la société ordinaire (pharmacie, médecin, Médiathèque, coiffeur), ouvrir la structure à la société (école, ...)

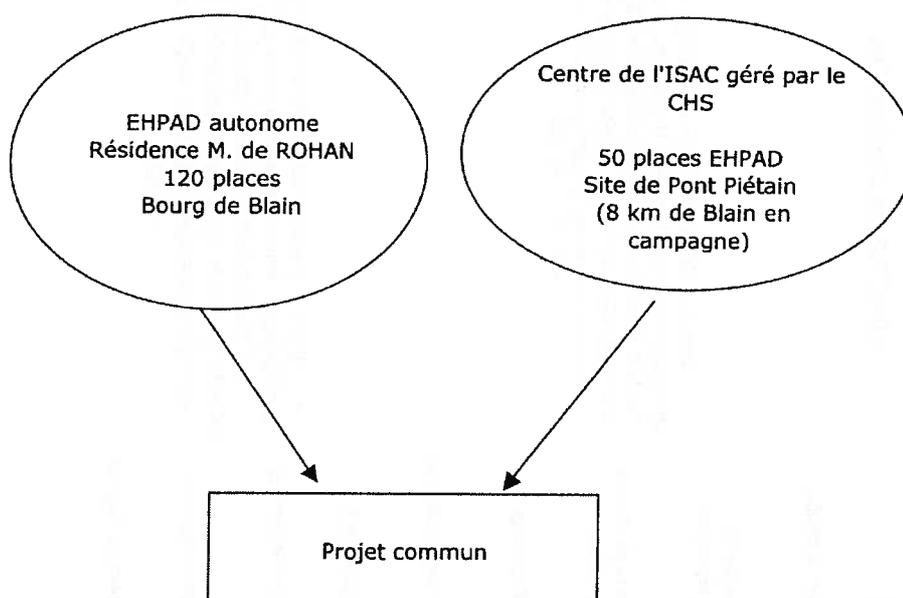
Accueil jusqu'au bout de la vie avec un projet de fin de vie envisagé dans le projet de vie personnalisé de façon adaptée à l'histoire et la situation de la personne et son entourage

B) La configuration cible

L'injonction de l'ARS en mai 2010 d'un projet commun ISAC / Rohan portant sur 170 lits va être l'élément externe déclencheur de sa concrétisation.

Le nouveau projet d'EHPAD portera donc désormais sur 170 lits. Et la position des financeurs est claire : ce projet doit être commun avec le centre de l'ISAC, au risque de voir une partie des places transférée à Nantes ou Saint Nazaire. Ce cadre étant désormais clairement posé, en tant que directrice de la résidence, je compte m'en saisir comme d'une opportunité, un point d'appui pour faire avancer les parties prenantes dans la même direction : construire un projet répondant le mieux possible aux besoins de la population âgée du territoire de Blain.

L'expression le mieux possible sous entend que ce projet devra aussi tenir compte des diverses contraintes notamment financières qui pèseront dans sa réalisation.



Je vais partager mes réflexions avec le Conseil d'Administration de la résidence M. de Rohan, mais aussi avec le Directeur du CHS de Blain pour établir un projet partagé et soutenu politiquement.

3.2 Un projet commun porteur d'enjeux sociaux

Dans toute fusion les enjeux sociaux ne doivent pas être négligés : des cultures en concurrence, des personnels insatisfaits, peu impliqués, peuvent faire échouer l'objectif d'amélioration de la situation initiale, qui est ici recherché.

Pour contribuer à dépasser les différences de départs, je souhaite que la construction du projet soit commune aux deux structures, et que chacun y perçoive une amélioration de sa situation,.

Pour dépasser les effets de taille, en accord avec le directeur du CHS, nous avons décidé la création d'une structure paritaire de pilotage du projet. J'en suis la directrice, élue par l'ensemble des membres.

Nous avons aussi décidé que la future structure sera une création nouvelle, à l'issue du projet élaboré conjointement.

Pour que chaque salarié puisse se repérer dans les différentes étapes, un calendrier a été communiqué.

3.2.1 Un projet qui engage des bouleversements sociaux équivalents à ceux d'une fusion

- A) Tenir compte des différences de départ et de la démobilisation de certains salariés

Je ne reviendrai pas ici sur les histoires différentes des deux structures. Au delà de ces histoires, les avantages sociaux sont différents, les moyens pour le fonctionnement ne sont pas les mêmes, le public accueilli n'est pas identique.

Nous avons vu que le temps d'émergence du projet a été long (les réflexions ont démarré dans chacune des structures début 2000). Mais finalement, ce temps a permis des évolutions sociales plutôt favorables à une construction commune :

- renouvellement des salariés et donc arrivée de personnes moins empreintes de l'histoire de chacune des structures ;
- réorganisations du site psychiatrique de Blain dans des conditions de contraintes financières avec des tensions sociales (mutations, renégociations d'avantages sociaux plutôt à la baisse) créant finalement des conditions porteuses de volonté de changement (moindre sentiment de protection porté par le site).

Pour les deux structures, les salariés les plus anciens ont connu déjà des expériences de projets qui n'ont finalement jamais abouti (période 2000 à 2010).

Je pense qu'un des enjeux est de remobiliser les salariés autour d'un projet qui désormais est aussi souhaité par les financeurs. C'est l'élément nouveau par rapport à la période antérieure de 2000 à 2010 et qui permet de croire à son aboutissement.

Une fois la mobilisation enclenchée, le deuxième enjeu est de créer un projet commun sur la base de valeurs partagées. Les savoirs faire apportés par l'une et l'autre structure vont participer à ce projet. La recherche de l'adhésion devrait permettre de dépasser les pertes liées à l'abandon des fonctionnements antérieurs (sans doute certains avantages sociaux, la sécurisation liée à des interlocuteurs et modes de fonctionnement connu etc ...).

L'élément favorable dans cette démarche est le temps : le calendrier fixé, nous le verrons, nous donne théoriquement le temps d'apprendre à se connaître, de mutualiser nos savoirs faire, pour dégager à terme un savoir commun et partagé par tous.

Il n'y a pas d'enjeux de suppressions de postes du fait des statuts publics des deux structures : les enjeux individuels sont d'accompagner les changements pour que chacun trouve la place qui lui convient en fonction de ses compétences et envies d'évolution.

- B) Remobiliser en mettant en évidence l'opportunité du changement et ce que chacun va y gagner

L'injonction des financeurs est un élément déclencheur des changements, accélérateur, contraignant il faut l'admettre à dépasser des blocages antérieurs.

Le cadre imposé de projet commun à Blain m'apparaît cohérent et adapté à la construction d'un projet porteur de sens pour l'ensemble des acteurs car répondant à de réels besoins.

- a) *Pour les personnes âgées du territoire*

Avec ce nouveau projet, je veux rompre avec les images dégradées des deux structures, concernées grâce à des locaux adaptés, intégrés à la Cité, et des pratiques d'ouverture et de partenariat avec les services du domicile.

L'intégration d'offres de soutien ponctuel dès le domicile des personnes (portage de repas à Noël, invitation au restaurant de la structure à l'occasion d'évènements festifs, accueil temporaire suite à des hospitalisations avant le retour à domicile, activité en journée...) doit contribuer à dédramatiser l'entrée quand elle devient inévitable, pour la personne et son entourage.

b) Pour les financeurs

Les Financeurs faisaient face depuis plusieurs années à des demandes de financement de travaux portant sur deux projets distincts concernant un même public en termes d'âge. Ces projets étaient complémentaires mais portés distinctement : pour assurer la cohérence de l'ensemble, l'obligation d'un partenariat a été posée.

Finalement, ce sera même une structure juridique unique qui portera le projet pour le territoire, source de cohérence et pertinence, et de meilleure utilisation des financements publics.

c) Pour les salariés

Accompagner des personnes qui subissent leur situation, qui ont juste permis leur admission mais ne l'ont pas acceptée arrive très fréquemment en EHPAD. Cela interroge le sens du travail des professionnels.

Construire un projet qui souhaite remédier à ces réticences à l'entrée doit contribuer à remobiliser les salariés sur le sens de leur travail.

L'ouverture de nouveaux services, aux prestations et locaux plus adaptés est vecteur d'amélioration des conditions de travail. Cette ouverture peut aussi donner des perspectives d'évolution des professionnels, dans un contexte où les accompagnements en EHPAD vont concerner des personnes en perte d'autonomie de plus en plus importante.

d) Pour les partenaires

Les membres du réseau gérontologique local (CLIC, services à domicile, SIAD, médecins) devraient trouver des solutions adaptées aux besoins de leur public dans ce projet co-construit : les besoins d'accueil temporaire, d'aide aux aidants, d'accompagnements adaptés aux troubles cognitifs ont été clairement exprimés de leur part.

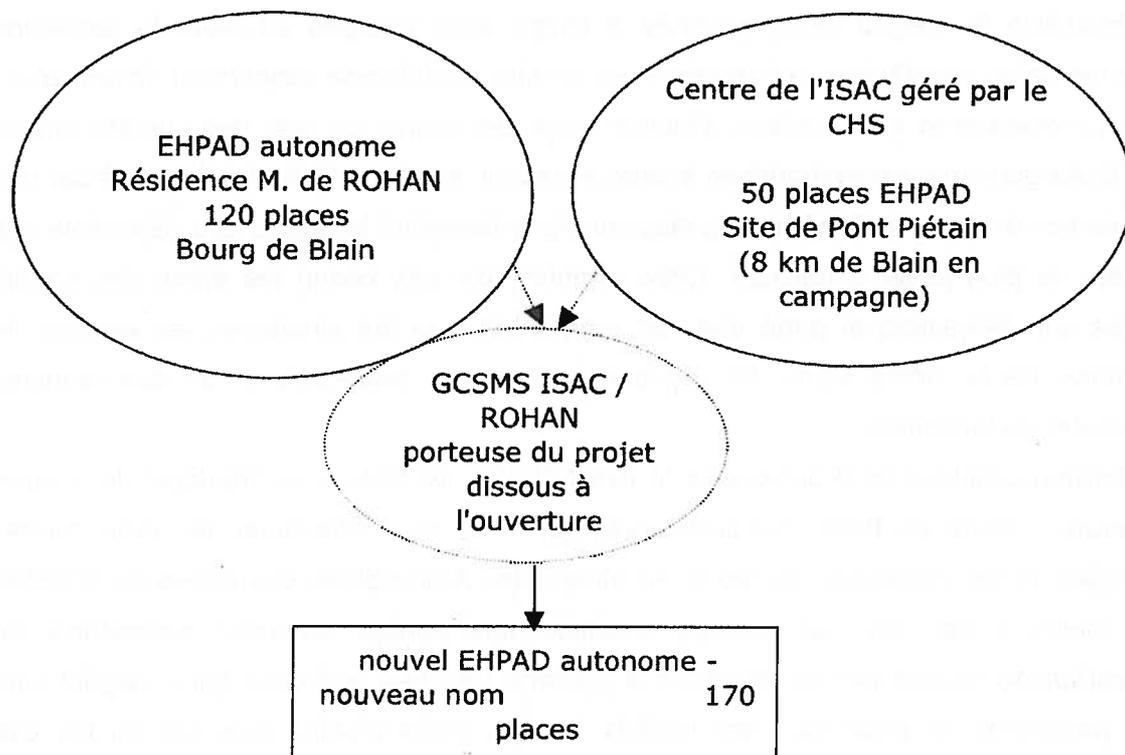
3.2.2 Le choix de création d'une nouvelle structure, avec changement de nom

A) Un portage commun du projet : la naissance du GCSMS ISAC/ROHAN

Dans la situation de rapprochement imposé de la résidence M. de Rohan et de la partie EHPAD du centre de l'Isac, la question de la taille est évidente : la résidence dispose de 120 places pour 50 places apportées par le centre de l'Isac.

La tentation serait alors grande de parler « d'absorption » d'une partie de l'Isac par la résidence...

Or mon objectif est bien une mise en commun des atouts et savoirs de chacun : je veux éviter l'impression de jeu inégal, que l'une des parties impose à l'autre sa vision, ses méthodes, ses hommes. Ce serait alors source de perte de ressources et de temps. Pour éviter cela, le choix a été fait d'aller vers une structure nouvelle, réunion des apports de chacune des anciennes, et structure porteuse d'un nouveau nom.



Cette opération de création a aussi l'avantage d'aider à tourner la page d'une histoire lourde de représentations négatives pour l'un et l'autre des établissements d'origine.

Dans l'attente, j'ai créée en concertation avec le directeur du CHS un GCSMS (Groupement de coopération social et médico social) : ce groupement a pour vocation de porter le projet jusqu'à son terme et est constitué paritairement de membres de la résidence et de l'ISAC. Un nouvel établissement public EHPAD sera ensuite créé qui reprendra les agréments déjà existants de la résidence et les 50 lits de l'ISAC : à l'ouverture de cette structure, le GCSMS disparaîtra.

B) Une équipe de pilotage reconnue

Lors de la première Assemblée Générale de ce GCSMS, un vote m'a désignée comme administratrice du GCSMS, le directeur du CHS souhaitant se recentrer sur le projet de la psychiatrie. La direction de la nouvelle structure EHPAD me sera à terme confiée.

Chaque structure dispose de 7 représentants au sein du groupement : le président, le directeur, le médecin responsable de l'unité de personnes âgées, deux représentants du personnel non médical issu du Comité de Pilotage antérieurement existant, un représentant du personnel désigné par l'organisation syndicale la plus représentative dans l'établissement, un représentant des usagers. Chaque partie prenante au projet est ainsi représentée.

Je bénéficie de l'appui d'une attachée à temps plein chargée de toute la recherche documentaire, constitution des dossiers, et gestion quotidienne concernant l'avancée du projet (convocation aux réunions, établissement des ordres du jour, des compte rendus ..). Cette personne est embauchée à cette occasion, son financement est assuré par une subvention du Conseil Général. Elle dispose d'une formation juridique, et a déjà piloté des projets de plus petite dimension. Cette attachée n'a pas connu les aléas des projets portés antérieurement et porte donc un regard neuf sur les structures, les équipes, le territoire. De la même façon, les équipes l'ont perçue positivement lors des réunions générales de lancement.

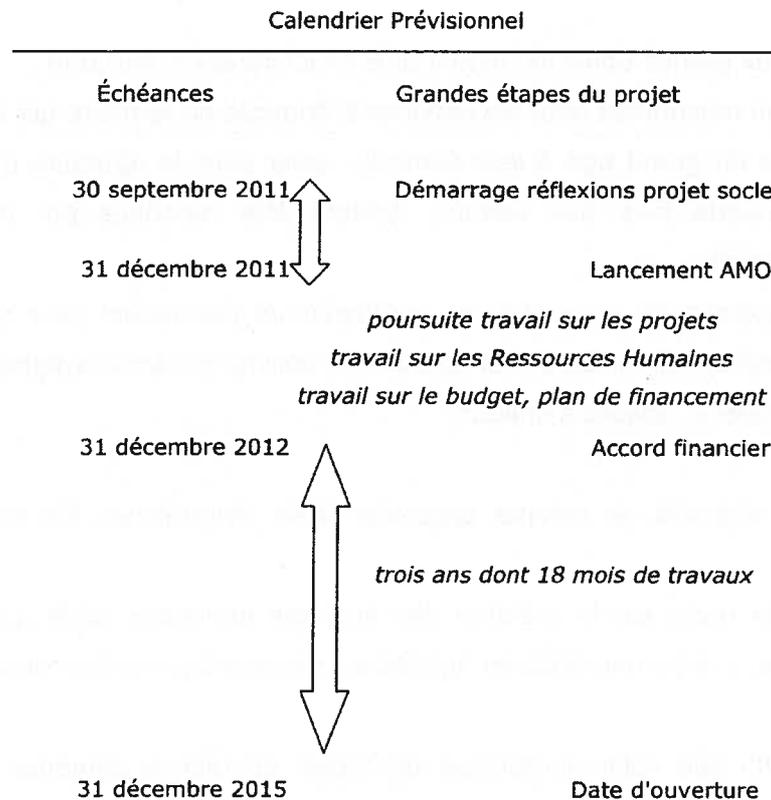
Un bureau constitué de 8 personnes (4 ISAC et 4 M. de Rohan, le Président de chaque structure - Maire de Blain, Conseiller Général -, les deux directions, les deux cadres infirmiers et les médecins) se réunit en amont des Assemblées Générales du GCSMS (au moins 4 par an). Ce bureau constitue une équipe resserrée permettant les concertations rapides lors de décisions à prendre. Les élus politiques qui y siègent sont des personnes en prise avec les réalités locales. L'une d'entre elles est au fait des particularités sectorielles de négociations de projets et de financements. Elle est proche de la majorité du Conseil Général actuel.

C'est une équipe resserrée, homogène, motivée.

C) Et l'annonce d'un calendrier prévisionnel

La date d'ouverture cible est le 31/12/2015. Or, il faut compter un délai de 3 ans avant la livraison à compter de l'accord financier (dont 18 mois de travaux environ). Nous avons donc l'objectif de lancer dès le mois de décembre 2011 la consultation Assistance Maîtrise d'Ouvrage. Or avant cela, il faut définir les besoins et donc démarrer la rédaction du projet d'établissement. Cela débutera par une réunion commune présentant l'évaluation des besoins du territoire, définissant les valeurs et principes d'accompagnement partagés. Ces valeurs et principes devront être présents dans les différents projets (médical, de soin, de vie), et seront donc au cœur du projet d'établissement. Puis des groupes de travail seront constitués pour travailler sur les différents aspects du projet d'établissement.

L'objectif est que le socle du projet constitué par les quatre projets cités ci-dessus soit terminé avant le 31 décembre 2011.



3.3 L'élaboration des Projets pour la nouvelle structure, opportunité de travail en réseau et de mobilisation des équipes

En tant que directrice, pilote du projet, j'anime la réunion de lancement définissant valeurs, principes, structure cible et calendrier.

Puis je confie à l'attachée de direction et à la cadre de santé de l'Isac l'animation concrète des réunions de Groupes de travail : élaboration des ordres du jour, animation, compte rendu. Nous préparons ensemble les attendus des réunions et faisons un debriefing post réunion.

Des validations régulières des avancées de travaux (lors de choix à faire par exemple) sont prévues auprès du Conseil d'Administration, du CVS, du Comité Technique d'Etablissement et CHSCT. Les élus sont informés par le biais du CA.

Quant aux professionnels du territoire, je compte les associer directement sur les sujets les concernant et par le biais du CLIC d'une façon plus générale.

3.3.1 Deux volets à conduire en parallèle : l'intégration au dispositif gérontologique local et la fusion des structures existantes

Ma vision des deux grands objectifs de la future structure est la suivante :

- être un lieu ressources pour les services à domicile du territoire qui soutiennent les personnes du grand âge à leur domicile ; pour cela, la structure et les réponses qu'elle apporte face aux besoins doivent être reconnus par les partenaires professionnels ;
- pour les personnes accueillies en hébergement permanent pour qui la structure est très probablement le dernier lieu de vie, délivrer un accompagnement de fin de vie respectueux, adapté à chacun.

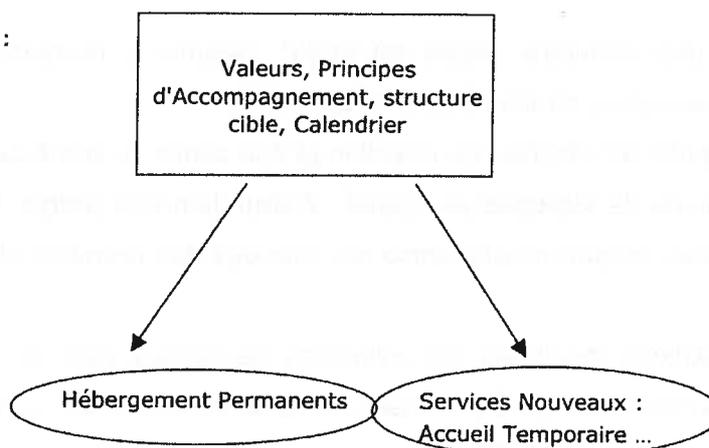
À partir de ces objectifs, je compte organiser deux dynamiques de travail sur deux thèmes :

Le premier porte sur la création des services nouveaux (aide au répit, accueil temporaire...), avec une réflexion menée en partenariat avec le réseau.

Je souhaite que cette dynamique de travail en réseau alimente l'ouverture au réseau gérontologique territorial du dispositif d'hébergement permanent. L'hébergement permanent va faire l'objet d'un deuxième axe de travail portant sur l'opération de fusion de la résidence M. de Rohan et du centre de l'Isac.

Réunion Générale de Lancement :

animée par la directrice
en présence du directeur du CHS
en présence du président



Concertation avec la directrice sur
ordre du Jour et
compte rendu post réunion

Groupes de Travail animés par l'Attaché de Direction et la
cadre de santé du Centre de l'ISAC

CA
CVS
CTE
CHSCT
Financeurs

Validations régulières lors de choix importants

3.3.2 Le travail sur les créations nouvelles, opportunité de travail en réseau

Ces services devront faire l'objet d'une procédure d'appel à projet, leur création et financement ne sont donc pas acquis.

A) Les services nouveaux doivent ils être adossés à l'EHPAD ?

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, des études récentes confortent la pertinence des services d'accueil temporaire mais interrogent leur fonctionnement et organisation quand ils sont adossés à un EHPAD³⁰.

Des enquêtes récentes de la CNSA³¹, du GRATH (Groupe de Réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap)³² soulignent les difficultés d'organisation de l'accueil temporaire : les statistiques annuelles montrent la faible fréquentation des structures de ce type adossées aux EHPAD, ce qui est paradoxal au regard des demandes insatisfaites dont font part les services à domicile.

Plusieurs explications sont avancées pour expliquer cette situation :

- l'insuffisante intégration de ce type de service adossé aux EHPAD dans les réseaux gérontologiques de proximité ;
- l'important travail administratif que représente la gestion de ce type de structure, inhabituel dans l'activité courante des EHPAD et qui n'encouragerait pas au développement de ce type d'accueil ;
- la forte mobilisation des médecins coordonnateurs à chaque admission ;
- et la tendance des directions d'EHPAD à transformer ces places temporaires en places d'accueil permanent au regard de leurs contraintes financières et des demandes auxquelles ils font face.

Ce sont ces raisons qui ont entraîné le relèvement à un minimum de 6 places des services d'accueil temporaire, désormais obligatoirement dotés d'une organisation dédiée³³.

³⁰ GERONTO-CLEF, 2010, *Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteurs de réussite*, mars, disponible sur le site : www.plan-alzheimer.gouv.fr

³¹ CNSA, DREES, *Activité des accueils de jour et hébergement temporaire en 2008, Résultats de l'enquête dite « enquête MAUVE »* Octobre – décembre 2009

³² site : www.accueil-temporaire.com

³³ Circulaire DGCS du 25 février 2010 relative à la mise en place et la tarification des structures d'accueil temporaire, disponible sur le site : www.plan-alzheimer.gouv.fr

Les constats sur la fréquentation de ces structures sont plus favorables quand elles sont autonomes, non adossées à un établissement.

B) Ce projet doit être l'objet d'un travail commun avec le réseau de partenaires

Mon objectif est de trouver la structuration la plus adaptée à ces formules d'accueil pour assurer une fluidité de leur fonctionnement, en lien direct avec les besoins relevés sur le territoire. J'envisage donc un travail commun avec le réseau de partenaires pour identifier quel mode d'organisation serait le plus pertinent.

Plusieurs solutions peuvent être envisagées :

- adossés à l'EHPAD avec un numéro de téléphone dédiée, des entretiens d'admission communs avec les services du domicile, un projet personnalisé de séjour et de retour au domicile co élaboré ;
- un service porté par un GCSMS services à domicile / EHPAD, mais les services à domicile sont actuellement fragiles ;
- une antenne blinoise de la plate forme de répit nantaise « Maison des aidants », antenne pouvant porter des formations pour les aidants, actions de prévention etc ... Pour avancer sur cette piste, je compte rencontrer la responsable du CCAS de Nantes auquel est rattachée la Maison des Aidants.

Même dans le cas d'une gestion associative de ces services, il peut être envisagé que l'EHPAD apporte un soutien logistique (bâtiments, restauration, transports, prêt de personnel) permettant d'assurer ainsi le rôle de passerelle si nécessaire avec l'hébergement permanent. Un guide récent³⁴ concernant les formules innovantes vient d'être publié, sur lequel je compte asseoir la réflexion du groupe de travail.

En soutien, je pense solliciter l'appui du récent Gérontopôle régional dont un des axes de travail est le diagnostic conseil auprès des communes et acteurs publics oeuvrant auprès des personnes âgées.

Ce travail est pour moi un axe prioritaire qui devrait permettre, quel que soit son aboutissement (car 2015 est une échéance lointaine, et le contexte actuel instable), de construire des habitudes de travail en réseau sur le territoire.

Les mesures de soutien au développement de ces dispositifs sont issues du Plan Alzheimer et ne concernent donc qu'une partie des personnes du grand âge (celles souffrant de ces troubles). Mais je suis convaincue de leur pertinence pour l'ensemble des

³⁴ CNSA, 2011, Formules innovantes de répit et de soutien des aidants : Guide pratique à destination des porteurs de projets, septembre, disponible sur le site : www.plan-alzheimer.gouv.fr

personnes du grand âge nécessitant un soutien. Le Plan Alzheimer présente ainsi un cadre et des méthodologies de réflexion qui pourront être à terme élargis à d'autres publics.

C) La mise en place de ces groupes de travail

Les médecins généralistes sont déjà informés et impliqués dans la réflexion. Nous avons lancé un questionnaire auprès d'eux à un jour J pour relever le besoin en places d'accueil temporaire ; cette démarche sera renouvelée pour stabiliser l'évaluation quantitative des besoins.

Les autres partenaires à mobiliser sur ce thème sont les services à domicile (3) et le CLIC. Ces 4 structures sont pour trois d'entre elles de petite taille, la quatrième, dotée de plus de moyens sort d'une période de turbulences financières et est moins ancrée territorialement. Leur mobilisation sur ce thème est à envisager dans ce contexte : de fait, seul le GCSMS a les moyens actuellement de porter l'organisation et l'animation de ces groupes. C'est dans ce sens que je vais proposer notre travail commun.

Dans l'idéal, l'adossement de ce nouveau dispositif à l'EHPAD en termes de moyens immobiliers doit être déterminé courant 2012 pour pouvoir être intégré au projet architectural.

Le travail sur les moyens du fonctionnement peut se réaliser plus tardivement, en se basant sur les expérimentations en cours dans le cadre du Plan Alzheimer : des contacts avec les services innovants de proximité (Ancenis, Nantes) sont à envisager.

Les emplois liés à ce projet devraient être des emplois nouveaux. Mais j'ai conscience du risque d'une demande de redéploiement des places en hébergement permanent de la future EHPAD au regard du taux d'équipement relativement élevé du territoire. Pour autant, au regard de la nécessité de revaloriser le taux d'encadrement, j'argumenterai sur le maintien des emplois de l'EHPAD même avec un abaissement de sa capacité d'accueil.

3.3.3 Le travail sur la « fusion » des hébergements permanents

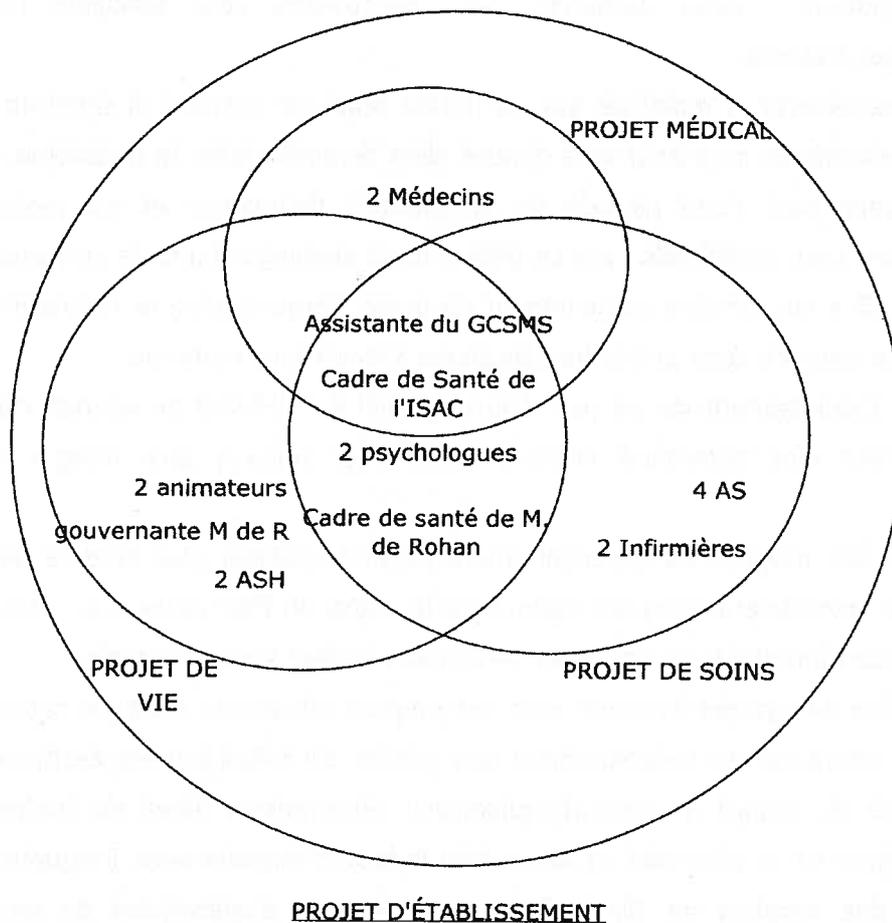
Cette opération va intégrer la création d'unités spécialisées permettant l'accompagnement des personnes désorientées ; ce projet ne fait pas l'objet d'un appel à projet auprès de l'ARS car il s'agit de transfert d'agrément existants, avec des demandes de labellisation de places en UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) et PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés). Le financement du fonctionnement de ces 170 places est acquis, restera à négocier le niveau de ce financement et principalement la grille d'emploi.

A) La nécessité de rappeler les objectifs communs à tous les projets pour sortir de la segmentation antérieure

Le travail sur ce projet doit se décliner en 4 documents écrits :

- Le projet médical
- Le projet de vie
- Le projet de soins

qui constituent le projet d'établissement.



Pour autant, je veux m'assurer que les valeurs communes, principes d'accompagnement et objectifs de la structure que j'ai présentées en réunion générale de lancement constituent la trame commune de ces projets. Ces valeurs, principes d'accompagnement sont partagés avec le Conseil d'Administration, L'assistante du GCSMS et surtout la Cadre de Santé de l'Isac seront garantes de cette trame. En effet, la Cadre de Santé de l'Isac a une longue expérience de la gérontologie et des soins palliatifs. Elle est formatrice en école d'Assistants Sociales, et nous partageons les mêmes conceptions de l'accompagnement.

B) L'écriture des différents projets

a) *Le projet médical*

Le projet médical va être élaboré par un groupe de travail constitué des deux médecins, du cadre de santé de l'ISAC et de l'assistante du GCSMS.

Les médecins généralistes du secteur, rencontrés en amont pour une information générale sur le projet, seront à nouveau associés en cours de rédaction. Cette consultation est importante dans la mesure où l'organisation médicale s'orienterait vers un système mixte à savoir un praticien hospitalier pour les personnes souffrant de troubles cognitifs, et le recours aux médecins libéraux pour les autres personnes accueillies. Cette organisation est envisagée avec le soutien des médecins libéraux.

b) *Les projets de vie et de soins*

Afin que le projet d'établissement du futur EHPAD soit au plus proche de la réalité de terrain, il est primordial d'y associer le personnel des deux structures.

Beaucoup de travail a déjà été réalisé autour de ces projets dans les deux établissements, il est important de les formaliser et d'y apporter des idées nouvelles. Cela constituera la base du projet architectural dans la mesure où une bonne définition des besoins permettra ensuite d'avoir un bâtiment adapté.

Un appel à candidature va avoir lieu dans les 2 établissements avec la volonté d'avoir une égalité entre les membres issus des EHPAD ISAC et Rohan.

La rédaction des projets de soins et de vie nécessite la mise en place de 2 groupes de travail distincts qui se réuniront régulièrement en un grand groupe de travail afin de traiter ensemble les questions communes.

Il est important que dans les groupes de travail il y ait un membre titulaire et un suppléant afin que la représentativité de chaque métier soit toujours assurée.

Le lancement des groupes de travail Projet de Soins et de Vie débiteront par la visite des 2 sites afin de découvrir et de prendre en compte la réalité de terrain des deux établissements. Les réunions se dérouleront sur les 2 sites. Elles auront une durée de 2h et se tiendront tous les 15 jours.

La trame des deux projets sera réalisée en fonction des recommandations de l'ANESM. La méthodologie ainsi qu'un récapitulatif des recommandations / thèmes prioritaires seront transmis aux membres du groupe de travail afin d'avoir une base de travail. De même, un calendrier sera établi dès le mois de septembre 2011 afin de définir les thèmes qui seront abordés au cours des différentes réunions et donc les professionnels à

associer à la réflexion. Ces rencontres se dérouleront de Septembre 2011 à Décembre 2011. La rédaction plus en détail de ces projets pourra se poursuivre en 2012.

3.3.4 L'élaboration des projets, occasion d'une mise en mouvement des équipes

Concernant le projet social et le rapprochement des personnels des 2 établissements, les réflexions débiteront à compter de l'année 2012. Ce sera aussi une année d'élaboration concertée des plans de formation et des thèmes d'entretien annuel. En effet, à cette occasion, les professionnels pourront déjà émettre, s'ils le veulent, des souhaits de positionnement.

Concernant ce travail sur les rapprochements des personnels, je le mène en collaboration étroite avec la cadre de santé de l'Isac, mais j'associe aussi la nouvelle cadre de santé de la résidence.

A) La mise en place progressive d'un fonctionnement collectif transversal à la résidence

a) L'embauche récente d'une nouvelle cadre de santé

Après le départ à la retraite de la cadre de santé, j'ai lancé un processus de recrutement pour son remplacement. J'ai privilégié les candidatures ayant une expérience dans le médico-social, et ayant déjà travaillé des projets de vie individuels. En deuxième objectif, je recherchais une personne ayant déjà travaillé en réseau avec d'autres services / structures dans l'accompagnement des personnes.

Au regard de ces deux objectifs, le délai de recrutement s'est révélé long, 5 mois.

Puis, une cadre de santé ayant travaillé antérieurement dans une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée pour des personnes lourdement handicapées) à la mise en place des projets de vie individuels s'est présentée, très intéressée par le projet d'évolution de la résidence. La MAS qui l'employait antérieurement disposait d'un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), service d'accompagnement en milieu ordinaire offrant une alternative à l'obligation d'entrée en institution. Les prestations sont assurées par une équipe pluridisciplinaire en coordination avec des services d'aide à domicile ou de soins infirmiers.

Cette personne a été embauchée le 11 septembre.

b) La réactivation du Projet de Vie Individuel

Un des objectifs de la nouvelle cadre de santé est de relancer la démarche de Projet de Vie Individuel. Elle s'appuiera, pour cela, sur le Plan de Formation que nous allons élaborer conjointement sur ce sujet avec la cadre de santé du Centre de l'Isac. Elle travaillera en équipe avec le psychologue et l'animateur sur ce thème, notamment en

relais auprès des équipes d'accompagnement quotidien. Il m'apparaît fondamental de les sensibiliser sur le bien fondé de la démarche, et de les légitimer dans la place importante qu'elles occupent auprès des personnes âgées, au quotidien.

L'association des professionnels de soutien à domicile (CLIC, SIAD, services d'aide à domicile) devra être envisagée dans l'élaboration des projets, notamment lors de l'entrée à la résidence de la personne âgée quand cette dernière bénéficie d'un accompagnement à son domicile.

c) *La mise en place d'une « équipe de direction »*

Je ne souhaite pas reproduire le mode de management directif existant à mon arrivée à la résidence. Je souhaite travailler en équipe en constituant une équipe de direction, composée de l'assistante du GCSMS, du médecin, du psychologue, du cadre de santé et de moi-même. Ce mode de fonctionnement est nouveau, je l'expérimente avec souplesse, de façon pragmatique, en tenant des réunions rapides permettant de partager l'information, de se concerter sur les orientations à prendre.

B) Le soutien d'un plan de formation commun Résidence / Centre de l'Isac

Nous avons identifié les thèmes suivants pour le Plan de formation, en lien direct avec les objectifs de la future structure :

- l'accompagnement des parcours individuels des personnes du grand âge et donc un travail sur le projet personnalisé ; c'est un thème de formation qui va être décliné auprès du plus grand nombre de salariés des deux structures ;
- l'accompagnement spécifique des personnes souffrant de troubles cognitifs, formation nécessaire notamment pour les salariés de la résidence M. de Rohan ;
- enfin des formations spécifiques sur l'accompagnement à la fin de vie.

Des sessions communes de formation vont être organisées. Des modalités de transferts de compétences entre les salariés des deux structures vont être proposés concernant l'accompagnement spécifique des personnes souffrant de troubles cognitifs : stages organisés à l'Isac ...

Nous associerons les Comités Techniques d'Établissement à ces réflexions au sein d'une instance commune à définir.

3.3.5 La communication sur l'avancée des projets

Ma volonté et celle des membres du GCSMS est la communication et la transparence pour une association maximale de tous au projet.

A) EN INTERNE

Les membres des Groupes de travail sont les relais du projet au sein de leurs équipes. Il est important qu'ils communiquent sur le travail réalisé et qu'ils prennent en compte les idées de leurs collègues afin d'en faire part lors des réunions.

Un compte-rendu fera suite à chaque réunion de groupe de travail et sera transmis à l'ensemble des équipes : cahier mis à disposition des équipes (possibilité de prendre connaissance du compte-rendu, d'y noter les interrogations, idées, propositions...). Les comptes-rendus seront également transmis à la Direction et aux médecins des 2 EHPAD après chaque réunion.

Un point sera réalisé à mi-parcours et à la fin avec l'ensemble du personnel, la Direction et les médecins des 2 EHPAD.

Des points réguliers seront réalisés au sein des Conseils d'Administrations des deux instances, ainsi qu'au sein des CVS.

Lors des réunions annuelles de familles qui se tiennent à l'ISAC et à M. de Rohan, il faudra prévoir à compter de 2013 une présence commune des directions des deux structures et une information consistante sur l'avancée des projets, le calendrier et surtout les modalités de transferts des personnes accueillies le moment venu.

Nous avons confié un travail de rapprochement des équipes de bénévoles aux deux animateurs dans les deux structures (à mener en 2013). Il s'agira de définir ensemble les soutiens et les modalités d'intervention des bénévoles dans le futur EHPAD.

B) EN EXTERNE

L'ensemble des partenaires professionnels pourrait être informé lors d'une réunion organisée par le CLIC au niveau de l'intercommunalité (ou des deux intercommunalités ?).

De la même façon, une information spécifique auprès de la population blinoise pourra être envisagée par un encart dans le Bulletin Municipal, et une réunion animée en partenariat avec le CLIC. Le moment opportun pourrait être juste avant le lancement effectif des travaux une fois la configuration définitive de la structure réalisée.

3.3.6 Le suivi et l'évaluation des projets

A) Le suivi

Le suivi du projet sera assuré au niveau du bureau du GCSMS avec un compte-rendu en Assemblée Générale.

Les indicateurs de suivi pourraient être la tenue des échéances, le respect des calendriers de réunion et le taux de présence aux réunions.

B) L'évaluation

Une recommandation de l'ANESM sur la conduite de l'évaluation interne en EHPAD va être publiée en fin d'année 2011. Nous enrichirons notre démarche en fonction des propositions contenues dans ce document.

La démarche d'amélioration continue de la qualité existe au sein de la résidence depuis 2002 sur la base du référentiel ANGELIQUE. Le processus est installé, identifié par les salariés, animé par un comité de pilotage constitué de salariés représentatifs de l'ensemble des métiers de la résidence (réunion tous les semestres).

Le diagnostic posé par cet outil existant souligne, entre autre, l'absence de projet individualisé et la nécessaire création d'un réel travail en réseau sur le territoire. Les carences des bâtiments actuels sont aussi relevées (chambres à deux, signalétique inadaptée etc..).

C'est dans la continuité de l'utilisation de cet outil que je vais inscrire mon action d'évaluation sur la période 2012/2015 en ayant pour objectif de travailler les thèmes des projets individuels et du travail en réseau.

Le recueil adapté des attentes des résidents et de leur entourage doit être approfondi : les enquêtes existantes sont trop limitées dans leurs enseignements. Des grilles d'entretien spécifiques auprès des patients désorientés ont été élaborées dans d'autres structures. Nous pourrions nous en inspirer.

Des outils d'évaluation du travail en partenariat sont à inventer : le travail commun sur le projet d'accueil temporaire sera l'occasion d'intégrer l'évaluation dès le commencement de la réflexion.

Ces différents outils (indicateurs, remontées d'information) doivent permettre de mesurer l'atteinte des deux objectifs de la future structure :

- le soutien dans le parcours de vie qu'apporte l'accueil à la résidence permettant d'entretenir le désir d'inclusion sociale et familiale,
- un accompagnement adapté à chacun dans cette dernière période de vie qu'est le Grand âge.

Conclusion

L'évolution des deux structures EHPAD du territoire de Blain est incontournable afin de jouer réellement leur rôle de soutien aux personnes du Grand âge du territoire. Je me saisis de l'injonction des financeurs de construire un projet commun entre la résidence M. de Rohan et le centre de l'Isac comme d'une opportunité pour impulser une dynamique nouvelle à une entreprise désormais soutenue par les autorités.

La fondation d'une structure, porteuse d'un projet novateur, d'un nom différent, dans des locaux adaptés va contribuer à tourner la page d'une histoire lourdement marquée. Comme pilote de ce projet, je compte ancrer cet établissement au centre du dispositif gérontologique local soutenant les personnes du grand âge vivant à leur domicile. Mon objectif est de dépasser les solutions binaires Domicile/Établissement en oeuvrant ensemble à la mise en place de pratiques souples, ajustées, telles que l'accueil temporaire. Pour cela, je m'appuie sur les préconisations issues des expérimentations du Plan Alzheimer en les adaptant aux besoins spécifiques du public du Grand âge et aux acteurs de la gérontologie, de notre territoire. Par cette co-construction du dispositif, je veux approfondir et consolider un travail en réseau que le CLIC a initié il y a trois ans, en y intégrant résolument les structures EHPAD blinoises.

Pour moi, l'incontournable continuité de la vie, quels que soient les lieux d'accueil, implique la continuité du projet de vie, avec un ajustement des réponses au contexte global. Cette perspective centrée sur la personne dessine les contours d'une continuité là où les perspectives centrées sur les structures impliquent des ruptures à chaque changement.

L'ouverture créée par le travail partenarial me servira d'appui à la réflexion sur le projet de fusion des hébergements permanents des deux EHPAD. Soutenir la continuité du parcours de fin de vie de chaque personne de Grand âge accueillie sera au centre du projet d'établissement. L'importance des troubles cognitifs et des situations de grande dépendance des personnes âgées nous confronte, professionnels, à la question essentielle de notre responsabilité vis à vis de personnes qui n'ont parfois plus conscience d'elles mêmes. Le travail en équipes pluridisciplinaires et en réseau garantit un plus ample respect de l'éthique dans les décisions prises. Je souhaite promouvoir cette posture professionnelle au sein de la structure.

D'un point de vue individuel, l'accompagnement des personnes du Grand âge me met face aux questions fondamentales du sens que l'on donne à sa propre vie, et à sa fin.

«Est-ce une façon durable de penser la vie que d'exclure la limite de la vie ou une fin de vie peu glorieuse ? » s'interroge J.P. DEREMBLE³⁵. Il souligne qu'en tant que professionnels accompagnateurs de ces personnes très fragiles, nous ne devons pas créer un écran entre ces situations et le reste de la société : nous avons un devoir d'éducation et d'information. « Il faut inscrire la problématique du vieillissement non pas à la fin de la vie, au moment de la rupture ou de la catastrophe mais l'inscrire au cœur du dynamisme de la vie performante. Une remise en question redistribuera l'ordre des valeurs et des financements. »

³⁵ DEREMBLE J.P., 2010, Actes du colloque « Investir dans la vieillesse : un enjeu de développement pour les territoires ? » INSET d'Angers

Bibliographie

Ouvrages et articles de périodiques

BARREYRE J.Y, BOUQUET B. (sous la direction de), 2008, *Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale*, Paris, Bayard, 637 p.

BOUISSON J., REINHARDT J.C., 2000, *Seuils, Parcours, Vieillissements*, Paris, L'Harmattan, 225 p.

CAVALLI S. 2007, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société* 4/2007 (n° 123), p. 55-69.

CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE, 2006, « *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix* », Paris, La Documentation Française, 420 p.

CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE, 2010, « *Vivre ensemble plus longtemps* », Paris, La Documentation Française, 311 p.

DORANGE M. 2007, « De passage en rupture... », *Gérontologie et Société*, 06/2007, n°121, p.33

LALIVE D'ÉPINAY C., SPINI D. (et coll.), 2008, *Les années fragiles*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 347 p.

LALIVE D'ÉPINAY C., BICKEL J.-F., CAVALLI S. & SPINI D. « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire ». In J.-F. Guillaume (Ed.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines* Liège. Les Editions de l'Université de Liège. (pp. 187-210).

LAROQUE G. 2009, « Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire », *Gérontologie et société* 12/2009 (n°131), p.45-51

LÉVINAS E., 2008, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, 6^{ème} Éd., Paris, Livre de Poche , 284 p.

MAISONDIEU J, 2011, *Le crépuscule de la raison*, 5^{ème} Éd. revue et augmentée, Paris : Bayard, 342 p.

MEMMI A. 2005, *La dépendance*, édition revue et corrigée, Paris : Folioessais, 204 p.

PANCRAZI M.P. ET METAIS P.(sous la direction de), Institut Alzheimer, 2004, *Éthique et Démence*, Issy Les Moulineaux, Masson, Acanthe, 233 p.

Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, 1962, « *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque* » Paris, La Documentation Française.

SILICANI J.L., 2008, *Livre Blanc sur l'avenir de la fonction publique : faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France*, Paris, La Documentation Française, 240 p.

VERCAUTEREN R. (sous la direction de) 2010 *Dictionnaire de la Gérontologie sociale*, Toulouse, Érès 110 p

Autres documents

CNSA, ENEIS CONSEIL, 2011, *Formules innovantes de répit et de soutien des aidants : Guide pratique à destination des porteurs de projets*, septembre, disponible sur le site : www.plan-alzheimer.gouv.fr

GERONTO-CLEF, 2010, *Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteurs de réussite*, mars, disponible sur le site : www.plan-alzheimer.gouv.fr

INSEE, 2003 « les enquêtes HID 1998 1999 », *INSEE résultats, société, octobre*, n° 22

MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S, 2007, « Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », *Document de Travail DREES Série Études et Recherches*, novembre, n°83, 120 p.

PERRIN-HAYNES J., 2010, « Les établissements pour personnes âgées », *Document de Travail DREES Série Statistiques*, février, n°142, 160 p.

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2010, disponible sur le site : www.cnsa.fr et www.plan-alzheimer.gouv.fr

Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009, disponible sur le site : www.solidarite.gouv.fr

Plan Solidarité – Grand Âge 2007-2012, disponible sur le site : www.solidarite.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 – Organigramme de la résidence M. de Rohan

Annexe 2 – Carte du Territoire

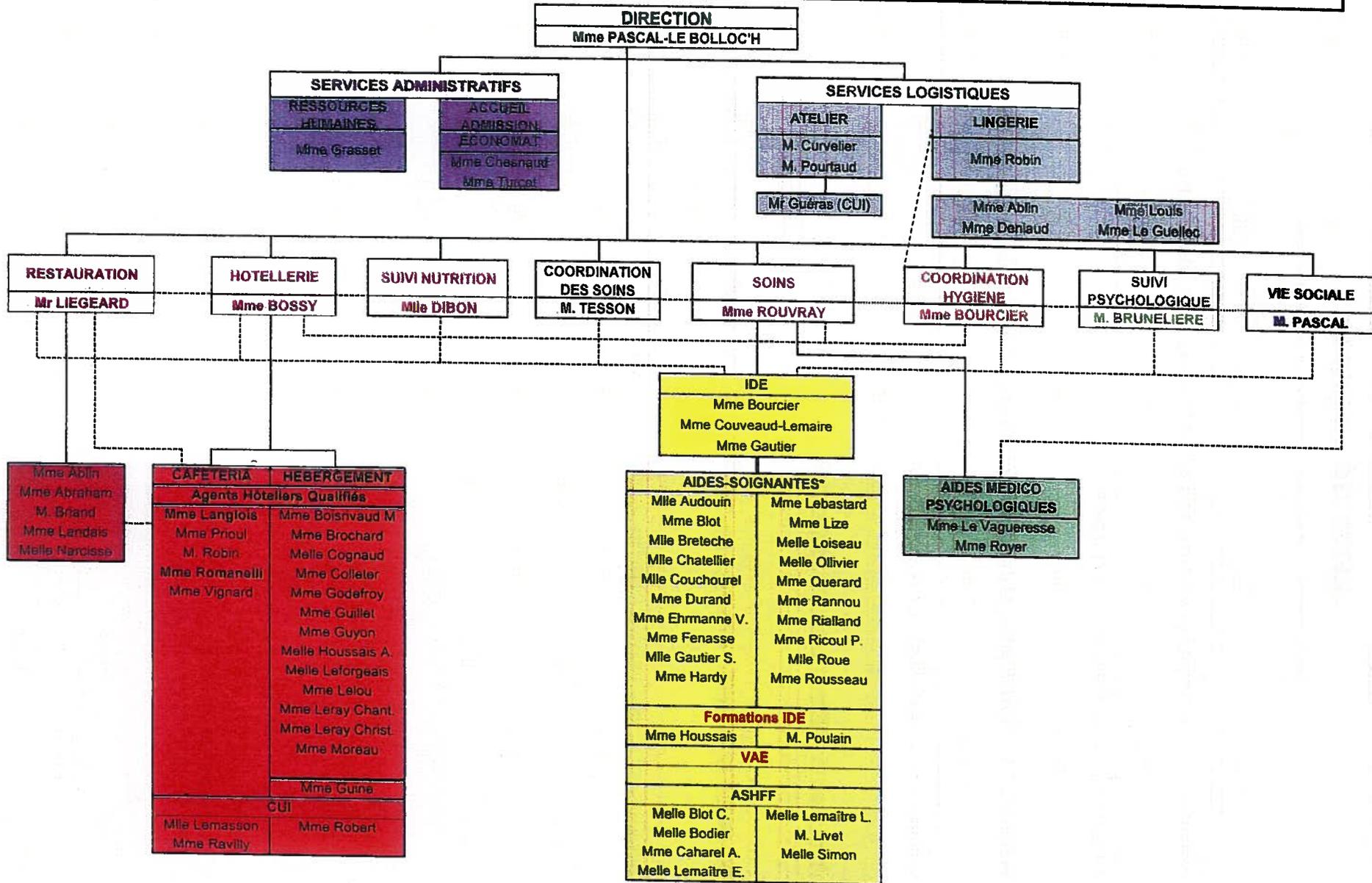
Annexe 3 – Photographies de la résidence – anciens bâtiments

Annexe 4 – Plan de la Résidence

Annexe 5 – Esquisse budgétaire

Annexe 6 – Grille d'emplois

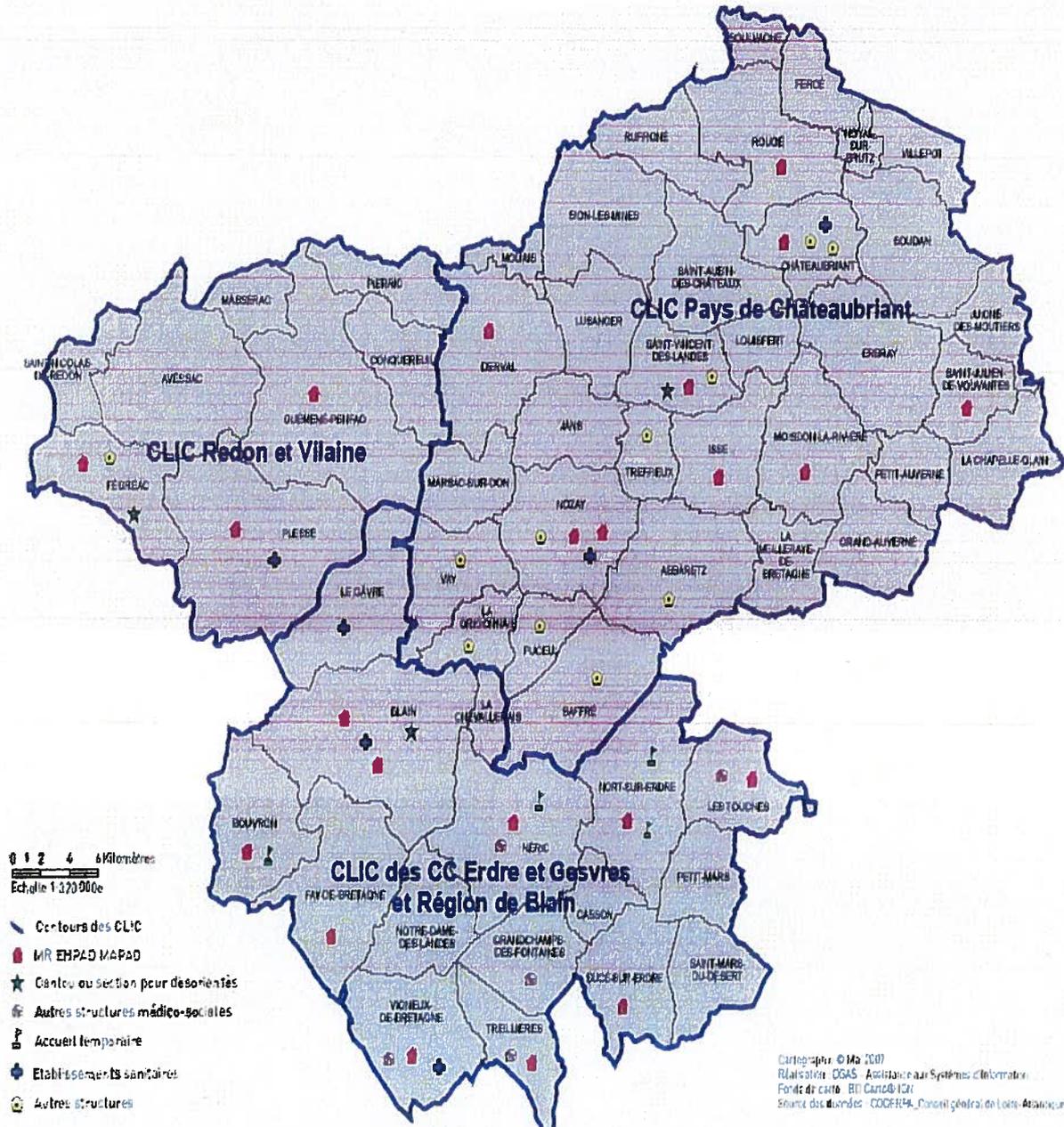
Annexe 7 – Repère pour l'investissement



----- rapports fonctionnels
 ———— délégation d'actes
 * ou faisant fonction

CUI Contrat Unique Insertion (contrat aidé)

Annexe 2 – Carte du Territoire



CLIC du Pays de Châteaubriant

Tel : 02.28.04.05.85

CLIC du Pays de Redon

Tel : 02.99.71.12.13

CLIC Communauté de Commune d'Erdre et Gesvres et Région de Blain

Tel : 02.28.02.22.40

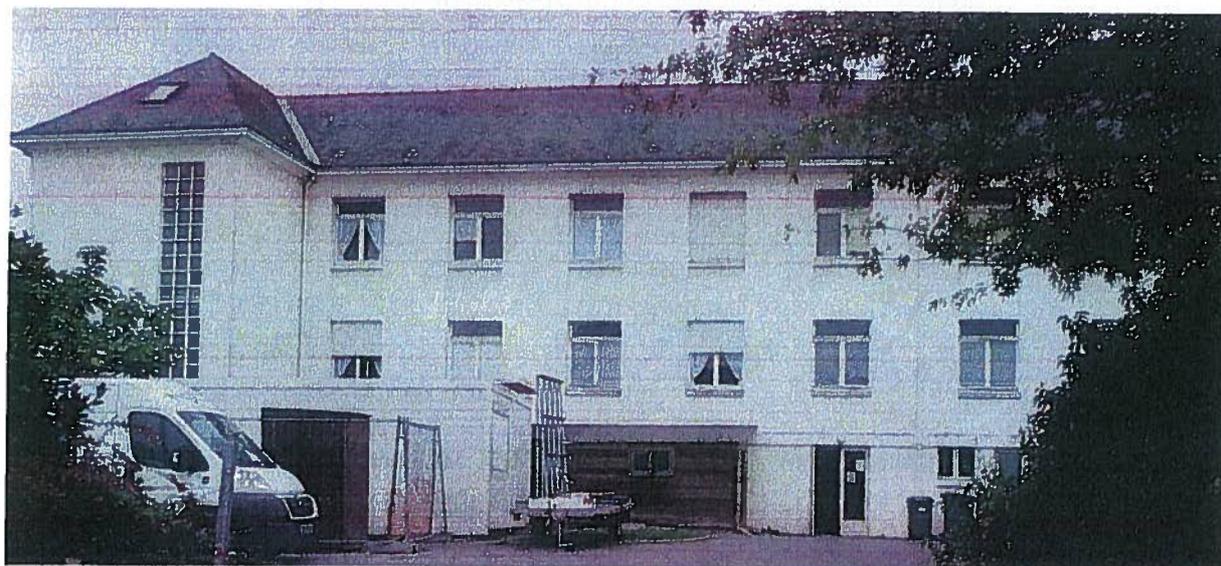
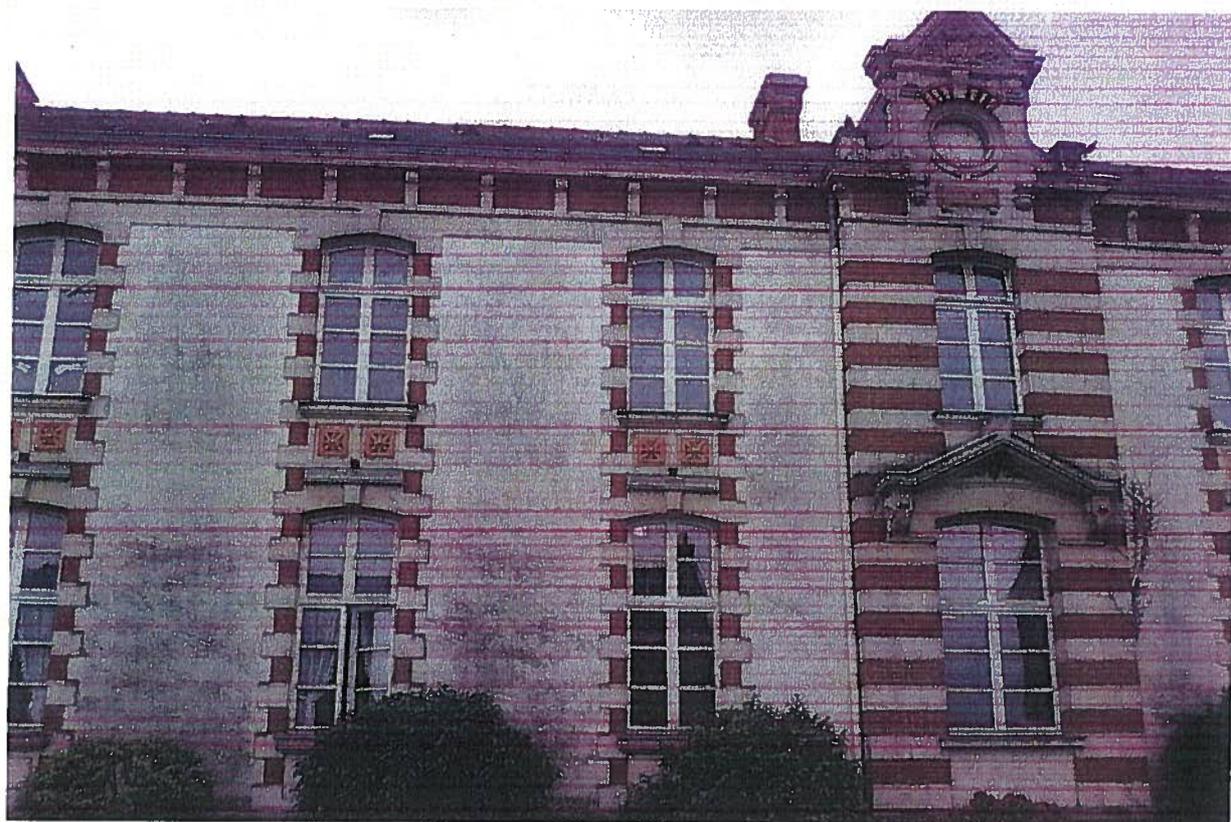


91/280 – 05/03/2008

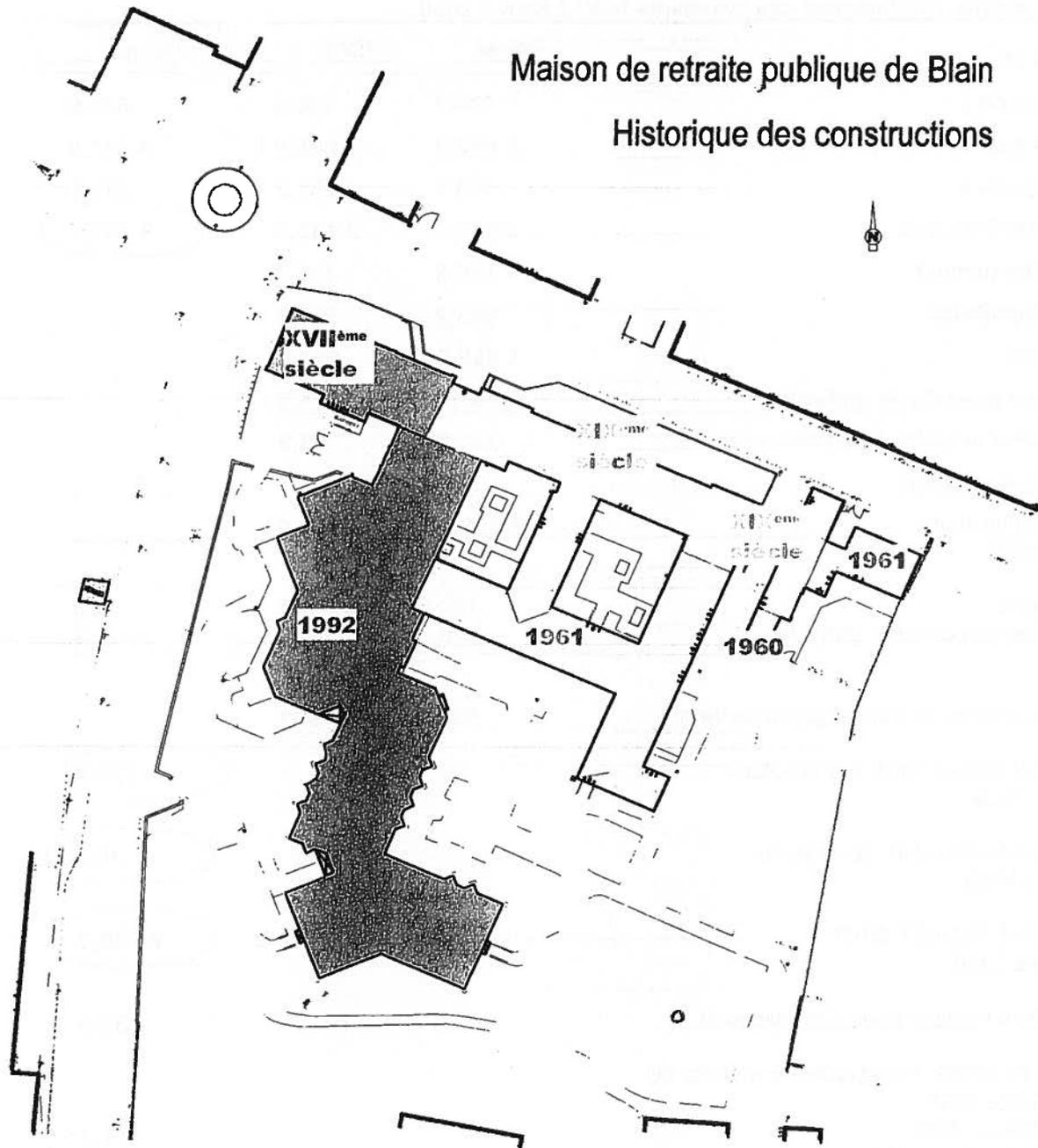
Coderpa

**B
L
A
I
N
A
C
H
Â
T
E
A
U
B
R
I
A
N
T**

Annexe 3 – Photographies de la résidence – anciens bâtiments



Annexe 4 – Plan de la Résidence



Céruur groupeReflex - Programmation de la Maison de retraite Margueritte de Rohan à BLAIN - Programme technique détaillé - Tome 1, **DOCUMENT DE TRAVAIL** - juillet 2005

Annexe 5 – Esquisse budgétaire

<u>Structures des dépenses des structures ISAC / Rohan 2010</u>			
en k€	Rohan	ISAC	Cumul
Groupe 1	439,5	196,4	635,9
Groupe 2	2 642,3	1 695,3	4 337,6
Groupe 3	520,3	251,3	771,6
Total Dépenses	3 602,2	2 143,0	5 745,2
Hébergement	1 756,5	756,1	
Dépendance	663,2	351,1	
Soins	1 018,0	948,0	
Total produits de tarification	3 437,6	2 055,2	
Autres produits de gestion courante	234,8	87,8	
Autres produits	27,3		
Total produits	3 699,7	2 143,0	
résultat	97,5		
places	120	50	170
dépenses brutes / place k€	30,0	42,9	33,8
Mécanisme de convergence tarifaire	500	-500	
labellisation PASA 4,6 k€/place 38 places			174,8
labellisation UHR 20 k€/place 26 places			520
TOTAL BUDGET BRUT base 2010			6 440,0
coût à la place pour 170 places k€			37,9
Étude KPMG "Observatoire maison de retraite 2010" Moyenne 2008 actualisation 2010			31,9 33,8
Sur la base de 34 € / place écart			5 780,0 -660,0

Annexe 6 – Grille d'emplois

M. de Rohan: Tableau des effectifs théoriques des emplois permanents

en équivalent temps plein	2010		
<u>Direction</u>	1,00	1,7%	}
<u>Administratifs</u>			
secrétaire médicale	2,20	3,8%	5,6%
<u>Socio éducatifs</u>			
Animation	0,80	1,4%	}
Psychologue	0,40	0,7%	
<u>Paramédical</u>			2,1%
AS	21,70	37,8%	}
Cadre de Santé	1,00	1,7%	
IDE	3,00	5,2%	
<u>Médical</u>			44,8%
Médecin coordonnateur	0,25	0,4%	
<u>Restauration</u>			
Agents	4,60	8,0%	
<u>Services Généraux</u>			
ASH Q (Hotellerie)	14,92	26,0%	}
Cafétéria	1,00	1,7%	
Entretien	1,00	1,7%	
Gouvernante	1,00	1,7%	
Lingerie	2,07	3,6%	
<u>Emplois aidés</u>			34,9%
Contrat Avenir	2,40	4,2%	
TOTAL	57,34	100,0%	

Taux d'encadrement grille AGGIR par place

GIR 1	1
GIR 2	0,84
GIR 3	0,66
GIR 4	0,42
GIR 5	0,25
GIR 6	0,07

Ce qui donne théoriquement sur cette base :		future structure	
ISAC	0,84	→	138 etp
Rohan	0,66		0,81

Structure des emplois en EHPAD en % : enquête DREES 2007

		pour la future structure
Direction	6	7,70
Services Généraux	17	23,27
Encadrement	2	2,41
Éducatif, social et animation	2	2,89
Médical	0,4	0,60
Paramédical ou soignant	43	59,45
ASH ou agent de service	26	35,91
Contrats aidés	4	5,78
Total	100	138

Annexe 7 – Repères pour l'investissement

Qualitatif : Visite du Hameau de la Pelou à Créon : prix CNSA 2010 de la réalisation médico sociale pour personnes âgées

DOSSIER DE PRESSE

[REMISE DU PRIX CNSA LIEUX DE VIE COLLECTIFS & AUTONOMIE 2010]

Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées

Le hameau de la Pelou, construit à Créon (Gironde), a remporté les faveurs du jury en raison notamment de son « *architecture simple, contemporaine, sans ostentation, qui peut répondre à plusieurs situations urbaines* ».

La philosophie du projet développé avec les architectes Denis Debaig et Alain Loisier est orientée sur la création d'un espace chaleureux et rassurant articulé autour d'une rue intérieure rythmée par ses activités et desservant les espaces de vie (cabinet médical, salon de coiffure, salle de kinésithérapie, salons d'accueil, restaurant...), ses jardins à thèmes, ses vastes terrasses.

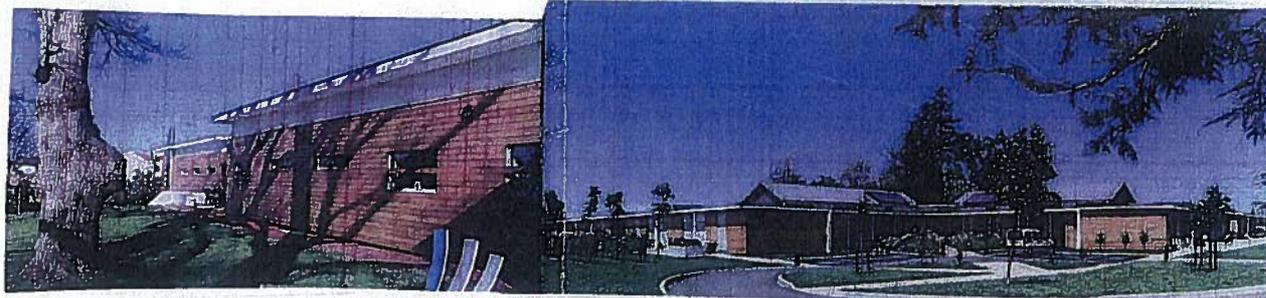
Les six unités qui composent Le hameau de la Pelou sont donc conçues comme des petites maisons, de plain-pied et en L, séparées par un jardin privatif. Cinq d'entre elles proposent soixante-dix-neuf places d'hébergement classique (permanent ou temporaire). La sixième est une unité de soins spécifiques pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés (unité d'hébergement renforcée - UHR). L'UHR se situe dans un espace clos et protégé pour répondre aux différents problèmes rencontrés lors de l'évolution de la démence. Elle maintient en même temps un contact visuel sur les activités du pôle.

Toujours en accord avec le projet de vie et de soins de l'établissement, les architectes ont prévu des petits salons au centre de chaque maison pour accueillir les familles, une salle à manger spacieuse qui facilite la circulation et permet le rassemblement lors d'occasions particulières, et un grand salon avec une bibliothèque, un espace de kinésithérapie équipé de vélos et un espace réservé à l'accueil de jour...

Ils ont également imaginé des jardins dont une zone est réservée aux activités sportives puisque le projet d'animation de l'établissement intègre les activités intergénérationnelles (partenariat avec les écoles primaires du bourg).

La structure générale du bâtiment, en maçonnerie, est adoucie par l'utilisation répétée du bois en façade, sous forme de bardage ou de brise-soleil.

Soucieux de respecter une démarche haute qualité environnementale, les concepteurs ont installé des panneaux solaires pour une partie de la production d'eau chaude sanitaire, des bâches de récupération d'eau de pluie pour arroser le jardin, des rideaux de protection solaire dans les zones de circulation vitrées, et préservé les essences végétales existantes...



PRESENTATION GENERALE DE L'EHPAD

- X - « Le Hameau de la Pelou », est un établissement public autonome local, situé sur la Commune de Créon, ville typique de l'Entre-deux-Mers. Niché dans un cadre exceptionnel de verdure et à 30km de Bordeaux l'établissement est une maison accueillante et chaleureuse, entièrement en rez-de-chaussée, où il fait bon vivre au rythme des saisons.

CAPACITE D'ACCUEIL

Le Hameau de la Pelou dispose de 105 places permettant différents modes d'accueil répartis comme suit :

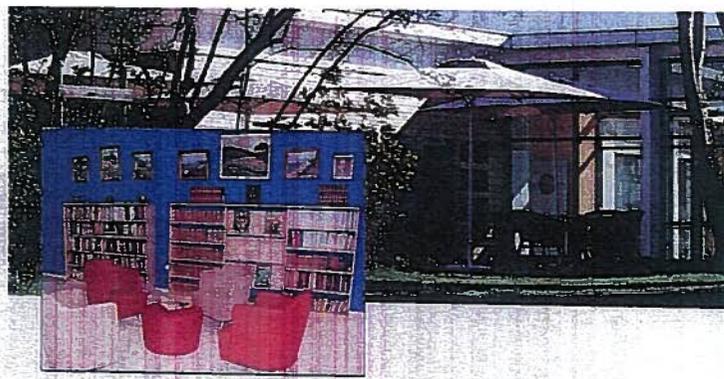
- 70 places d'hébergement classique
- 6 places d'hébergement temporaire
- 15 places d'accueil de jour
- 14 places en Unité de Soins Spécifiques pour Alzheimer et Autres Démences (U.S.S.A.A.D.)

Une équipe de près de 80 professionnels travaille au quotidien dans la structure.

LE CADRE DE VIE

◆ La chambre

D'une superficie de 21 m², chaque chambre est équipée d'un mobilier hôtelier fonctionnel, et d'un téléviseur. Elle est pourvue d'une salle d'eau accessible aux personnes handicapées. Toutes disposent d'un accès vers les jardins extérieurs.



◆ Les espaces de convivialité

Des petits salons sont à la disposition des résidents et de leur famille pour passer des moments de détente agréables.

«Le salon de la Pelou », pourvu de fauteuils confortables et d'un coin bibliothèque, est l'endroit privilégié pour les nombreuses animations proposées dans l'établissement.

Un espace kinésithérapie aménagé de matériels dédiés à ces activités est à la disposition des résidents.

Des jardins à thèmes ainsi que de vastes terrasses ponctuent agréablement l'établissement.

◆ La restauration

Le petit déjeuner est servi en chambre entre 7h30 et 9h30. La Salle de Restaurant accueille les résidents à partir de 12h pour le déjeuner et à partir de 18h30 pour le dîner. Le goûter est servi à partir de 16h. Chaque plat est préparé sur place par le Chef cuisinier et son équipe. Une diététicienne supervise l'équilibre des menus.

◆ Le soin

La prise en soin des personnes accueillies est assurée par une équipe soignante pluridisciplinaire composée de professionnels formés qui répondent aux besoins de manière adaptée et personnalisée.

LA VIE AU HAMEAU DE LA PELOU

◆ Les prestations proposées

Le linge des résidents est entretenu en interne par un service de lingerie.

Un salon de coiffure est à la disposition des résidents et de leur coiffeur.

◆ Les animations

Des animations sont proposées tous les jours par un animateur : loto, ludothèque, lecture du journal, fêtes des anniversaires...

Des rencontres intergénérationnelles ont lieu régulièrement dans l'établissement afin de favoriser le lien social. Des sorties à l'extérieur sont organisées ponctuellement : cirque, pique-nique, spectacles, vacances...

◆ La vie sociale

Le Hameau de la Pelou fait partie intégrante de la vie créonnaise de par sa proximité avec le centre ville et par sa volonté de s'ouvrir vers l'extérieur. De nombreux liens sont tissés avec les associations autour d'activités réalisées ensemble (carnaval, fête de la musique, Printemps des Poètes...)

Des échanges inter établissements ont lieu chaque mois.



En termes financiers

EHPAD de Rezé : fondation Cémavie

95 places dont 14 places pour personnes dépendantes psychiques et 10 places accueil temporaire

en k€

Terrain	800
Équipement	840
Immobilier	<u>10 000</u>
	11 640

article APM International (www.apmnews.com) 09/09/2010

EHPAD dans la Manche, commune du Teilleul, 70 places pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Nouvelle Gamme d'établissement baptisée Korian Essentiel : conception d'établissement autour de petites unités de vie, avec une industrialisation et une standardisation du « mode constructif »

Terrain gratuit

Investissement immobilier 4,5 M€

DRONNEAU	Laurence	2011
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale CENTRE DE FORMATION : IRTS de Bretagne		
Diversifier les modalités d'accueil des personnes du « grand âge » pour soutenir leur parcours de vie et réduire le risque d'exclusion sociale et familiale		
<p>Résumé :</p> <p>La Résidence Margueritte de Rohan est un établissement public autonome de 120 accueils permanents qui se situe à Blain, à 35 kms au Nord Ouest de Nantes. L'évolution de la structure et de son projet est nécessaire pour permettre de soutenir les personnes du grand âge du territoire, en atténuant les ruptures dans leurs parcours de vie. L'opportunité de cette évolution se présente par l'injonction conjointe de l'ARS et du Conseil Général d'un projet commun à construire avec les lits EHPAD du CHS de Pont Piétain. À la période de vie qu'est le « grand âge », soutenir la continuité du parcours de vie contribue à consolider l'identité. En cela, c'est un facteur de maintien du désir d'inclusion sociale de l'individu qui ne se fuit pas (dans la démence par exemple) et qui, dans les limites de ses capacités fonctionnelles, trouve plaisir à se joindre aux autres.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>CLIC, EHPAD, Estime de Soi, Gérontologie, Identité, Parcours de vie, Structure d'accueil pour personnes âgées, Territoire</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		