

**REFONDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT AFIN QUE
L'EHPAD DEVIENNE UN LIEU DE VIE REpondANT AUX
ATTENTES ET AUX BESOINS DE CHAQUE PERSONNE
VIEILLISSANTE**

Hugues CHARLES

Remerciements

Je souhaite, ici, témoigner ma gratitude à celles et ceux, de manière directe ou indirecte, qui m'ont enrichi et soutenu durant ces deux dernières années.

Je remercie tout particulièrement Monsieur Serge RAOULT, directeur de la Maison Saint-Cyr et Madame Caroline LABARTHE, directrice des Jardins d'Hermine. Merci pour votre temps, vos conseils, le partage de vos expériences passées et pour votre confiance.

« Changer ce n'est pas perdre ou renier son identité. Parfois, changer c'est la trouver » –

George B. TINDALL

P R E A M B U L E

Précédemment manager hôtelier, en Europe et en Afrique pendant 7 ans, je me suis interrogé sur la portée de mon action quotidienne. J'ai choisi d'utiliser mes compétences au service des personnes vieillissantes.

Lors de ma formation j'ai pris la décision de m'engager dans un stage de longue durée d'octobre 2020 à juin 2021, au sein de la Maison Saint-Cyr, un EHPAD situé à Rennes. L'établissement traversait une situation de crise sociale, managériale et organisationnelle. La nouvelle Présidente et le Manager de transition m'ont proposé d'accompagner la direction de la Maison. Cette expérience, riche d'enseignements et de pratiques, m'a permis de mener des projets variés tournés vers la diversification de l'offre de service, le management et la gestion des ressources humaines.

Dans le cadre de l'exercice mémoire, il est demandé de prendre la fonction de Direction. Ainsi, je me positionne comme directeur de la Maison Saint-Cyr dès janvier 2021.

Note :

- La littérature utilisée est variée (sociologie, psychologie sociale, politiques publiques, essai) et de dates divers (1976, 1993, 2002, 2018). Ces textes utilisent les termes de « publics », « patients », « sujets » ou « usagers ». J'ai pris la liberté de remplacer ces mots par celui de « **résidents** » s'agissant de la population de l'établissement.
- Le terme « prise en charge », souvent utilisé dans les textes de référence et la littérature scientifique, a été remplacé par le mot « **accompagnement** ». Je considère notre mission comme une aide sur le chemin de la fin de vie et ne conçois pas l'idée d'une charge, d'un poids que cela représente.
- L'année 2020 étant particulière par son contexte de crise sanitaire, j'ai décidé **d'appuyer ma réflexion sur les données de 2019**, considérée comme une année référence de l'activité. Seules les données affectant directement les propositions (3^{ème} partie) sont prises sur l'exercice 2020 (notamment le budget et les ETP).

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'ASSOCIATION SAINT-CYR, UN ACTEUR HISTORIQUE ENGAGE POUR LES PERSONNES VIEILLISSANTES	3
1.1 Une vocation sociale depuis plus d'un siècle	3
1.1.1 Une histoire religieuse et sociale singulière.....	3
1.1.2 Un EHPAD urbain sur un territoire bien équipé.....	4
1.2 La naissance d'une association mono établissement.....	6
1.2.1 Un Conseil d'Administration constitué de personnes morales à réengager	6
1.2.2 Saint-Cyr, une association sous tension.....	7
1.3 Des valeurs associatives fortes à réaffirmer	8
1.3.1 Saint-Cyr, un acteur innovant en avance sur son temps.....	8
1.3.2 Le paradoxe sociétal : l'attractivité de Saint-Cyr face à l'image des EHPAD	10
1.4 Saint-Cyr, un EHPAD qui accueille une population hétérogène : un panel de personnes vieillissantes	11
1.4.1 Une population plus fragile qui entre en EHPAD plus tardivement.....	11
1.4.2 « Plus de la moitié des résidents ont une maladie neurodégénérative »	13
1.4.3 La population de Saint-Cyr incluse dans une démarche de réflexion : l'expression des attentes face à la perception des besoins.....	14
1.5 Pour prévenir la dépendance et la perte d'autonomie des personnes âgées l'offre de service de l'EHPAD doit évoluer	18
1.5.1 Un EHPAD aux dispositifs divers pour accompagner les personnes âgées	18
1.5.2 Une équipe pluridisciplinaire orientée vers le soin en perte de sens	21
1.5.3 Un bâtiment immense dont la maintenance est à reprendre	25
2 REFONDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT POUR ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES AUX BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES VIEILLISSANTES.....	27
2.1 La perception de la vieillesse, un âge complexe à définir	27
2.1.1 La vieillesse à travers les âges, une considération citoyenne et économique depuis l'Antiquité jusqu'à l'Époque Moderne.....	27
2.1.2 La conception sociologique de l'âge de la vieillesse dans la culture occidentale moderne	29

2.1.3	Évolution de l'appréhension de la vieillesse : de l'approche sociale à l'approche médicosociale	31
2.1.4	Une population vieillissante dépendante et en perte d'autonomie	32
2.2	Le domicile, une composante de l'identité individuelle.....	37
2.2.1	L'isolement et la solitude d'une population vieillissante	37
2.2.2	Le domicile, un facteur identitaire prégnant	38
2.2.3	« Vieillir chez soi », favoriser le libre arbitre et mettre en œuvre les moyens de décisions pour les résidents	40
2.3	Garantir l'individualité et les relations sociales au sein de l'EHPAD	44
2.3.1	L'admission en EHPAD, d'un rythme de vie individuel à celui d'un collectif	44
2.3.2	Reconnaître l'individu comme sujet grâce au projet personnalisé.....	45
2.3.3	Une mixité qui ne favorise pas la sérénité des résidents Alzheimer	46
2.3.4	Un rythme de vie peu adapté à la population déambulante.....	47
2.3.5	Les relations sociales en EHPAD, un triptyque à valoriser.....	47
2.4	Fédérer une équipe autour d'un projet commun pour allier performance et bienveillance	49
2.4.1	Définir le rôle du directeur, un décideur bienveillant, un communicant efficace, un manager fédérateur	49
2.4.2	Le management par la qualité de vie au travail	51
2.4.3	D'un management d'autorité à un management agile et visuel.....	54
3	DU PROJET A L'ACTION : FAIRE DE L'EHPAD UN LIEU DE VIE EN ADAPTANT LES DISPOSITIFS, LES RESSOURCES ET L'ORGANISATION AUX BESOINS DES PERSONNES VIEILLISSANTES.....	57
3.1	Refonder le projet d'établissement, adapter la réponse au carrefour de la mission confiée par le Conseil d'Administration et les besoins des résidents	57
3.1.1	Le projet associatif, le guide éthique de l'association plaçant le service attendu au cœur de l'offre de service	57
3.1.2	Le projet d'établissement, mettre en œuvre un groupe de travail pluridisciplinaire et favoriser l'expression des résidents.....	60
3.1.3	Mettre en œuvre un de parcours de vie grâce à la coordinatrice de vie sociale ..	64
3.2	Réinvestir les salariés par une politique managériale participative.....	66
3.2.1	Redéfinir les missions des salariés : Fiche de fonction et fiches de tâche.....	66
3.2.2	Mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, un outil managérial pour satisfaire les besoins présents et anticiper les besoins futurs	68

3.3 Diversifier l'offre de service pour apporter une réponse ajustée aux besoins des personnes vieillissantes	72
3.3.1 Faciliter l'intégration des résidents en courts séjours en ventilant les places d'hébergement temporaire au sein des unités de vie	72
3.3.2 Accueillir les résidents atteints de maladie neurodégénérative dans une unité de vie adaptée.....	72
3.3.3 Habitat intermédiaire : répondre à la demande des personnes âgées peu dépendantes.....	74
3.3.4 Disposer d'une offre complète grâce à des partenariats à identifier	76
3.4 Le plan d'action, mettre en œuvre les leviers favorisant l'évolution et la diversification de l'offre de la Maison Saint-Cyr	77
3.5 Le plan de communication : informer pour fédérer prendre un nouveau cap afin de garantir un accompagnement cohérent.....	77
3.5.1 Informer et rassurer les résidents et les familles	77
3.5.2 Fédérer et impliquer les équipes.....	77
3.5.3 Solliciter les acteurs et partenaires.....	78
Conclusion	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADJ : Accueil de Jour	CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
ADMR 35 : Fédération départementale de l'Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural d'Ille-et-Vilaine, association loi 1901	CHU : Centre Hospitalier Universitaire
AES : Auxiliaire Éducative et Sociale ; depuis 2017 ce poste fusionne les diplômés et fonctions des AVS : Auxiliaire de Vie Sociale et	CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
AMP : Aide Médico-Psychologique	CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources	CODIR : COmité de DIRection
AHS : Agent Hôtelier et de Soins	COFIL : COmité de PILotage
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail	CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance	CSE : Comité Social et Économique
ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (absorbée en 2018 par la HAS : Haute Autorité de la Santé)	CSI : Centre de Soins Infirmiers
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie	CVS : Comité de Vie Sociale
ARS : Agence Régionale de Santé	DET : Directeur d'Établissement
AS : Aide-Soignante	DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ASH : Agent de Service Hôtelier	DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
ASL : Agent des Services Logistiques (agent d'entretien)	EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes de plus de 60 ans
ASV : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillesse adoptée le 1 ^{er} janvier 2016	EI / Elg : Évènement Indésirable grave : « <i>il s'agit d'un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences menacent la santé ou compromettent la sécurité d'une personne accueillie dans une structure</i> » ¹
AT/MT : Accident du Travail / Maladie du Travail	ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer
ATC : Autorité de contrôle et de tarification (CD35 et ARS35)	ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
CASF : Code de l'Action Sociale et Familiale	ETP : Équivalent Temps plein
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale	FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
CCN 51 : Convention Collective Nationale des Établissements Privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif, 31 octobre 1951	FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
CD35 : Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine	
CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Régnier	

¹ ARS, [Signaler un événement Indésirable](#), 31 juillet 2017

GIR : le GIR est le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation réalisée à l'aide de la grille **AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources). Il est classé en 6 catégories : 6 = autonomie parfaite et 1 = dépendance totale dans les gestes de la vie quotidienne

GMP : est le GIR moyen pondéré qui traduit le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées

GOUV : Gouvernant

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire adoptée le 21/07/2009

HSTV : Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve, association loi 1901

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IDEC : Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MCD : Maison Carpe Diem

MEDEC : Médecin Coordonnateur

MND : Maladie Neurodégénérative

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P.A. : Personne Âgée de plus de 60 ans

PAERPA : Personne Âgée en Risque de Perte d'Autonomie

PAP : Projet d'accompagnement Personnalisé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PATHOS : évaluation des besoins des résidents en matière de soin

PMP : le Pathos Moyen Pondéré est un indicateur synthétique de charge en soins

médicaux et techniques pour une population donnée

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

RBPP : Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles

ROME : Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois créé en 1989 par Pole-Emploi

RPS : Risques psychosociaux

SAAD : Service d'Aide A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Service de Soins et de Réadaptation

TO : Taux d'Occupation

TNC : Troubles Neurocognitifs

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins Longue Durée

UVP : Unité de Vie Protégée ; lieu de vie sécurisé conçu pour accueillir des résidents désorientés, atteints de troubles cognitifs, d'Alzheimer et maladies apparentées, avec forte déambulation

Introduction

Un foyer est un lieu de vie rempli de souvenirs, d'expériences constructrices de l'identité individuelle. C'est un lieu de confort où l'on se sent en sécurité, où l'on peut recevoir et y exercer « un *contrôle, même partiel, sur les personnes qui circulent dans ce lieu et nous soutiennent* » (CAOINETTE & PLICHON, 2020) et d'y « *gouverner son temps* » (CHARLOT, 2020).

La vieillesse interroge sur l'accompagnement, la perte d'autonomie, la dépendance, les besoins de santé, la diminution des activités et le risque d'isolement social. Cet état de fait, par une succession de politiques publiques depuis la fin du 19^{ème} siècle jusqu'à aujourd'hui, a fait naître des modalités d'accompagnement dont la plus connue est l'EHPAD. L'accompagnement personnalisé préconisé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et les recommandations des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM **imposent à l'établissement d'évaluer périodiquement les réponses apportées par les dispositifs** mis en place, dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de service. Ils sont issus d'une enquête interne appuyée par les connaissances des professionnels. En 2020, le nombre de personnes vivant en établissement est de 643 622 personnes² dont 57%³ ont une maladie neurodégénérative. En France, 21% des plus de 85 ans vivent en EHPAD, contre 8% en Espagne, 6% au Royaume-Uni, 5% en Italie⁴. Ces données **remettent en question la solution d'institutionnalisation systématique** et le modèle de l'EHPAD actuel. Cependant, le rapport d'information du Sénat sur la prévention de la perte d'autonomie (mars 2021), présenté par les députés B. BONNE et M. MEUNIER, propose de freiner la tendance et **d'accentuer la prévention de la dépendance** et de la perte d'autonomie.

La Maison Saint-Cyr, située à Rennes, est un EHPAD – Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ayant une capacité d'accueil de 152 places. Ouverte depuis 32 ans, elle a su mettre en œuvre des innovations qui ont construit sa notoriété dans l'accompagnement des personnes vieillissantes. Ouverte depuis 32 ans, elle a su mettre en œuvre des innovations qui ont construit sa notoriété dans l'accompagnement des personnes vieillissantes. La crise sanitaire de la COVID-19, a révélé des écarts dans l'accompagnement des résidents. Cette crise a été un révélateur de difficultés sous-jacente antérieures. Elle a révélé les limites des choix pris par les directions précédentes tant dans l'aménagement que l'accompagnement. A l'aube de la négociation de notre

² Population et groupe d'âges en 2019, INSEE, janvier 2019

³ France Alzheimer et Santé Publique France, Les maladies neurodégénératives en France, 2019

⁴ DRESS, Les EHPAD à l'horizon 2030, décembre 2020

premier Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), le projet d'établissement (2015-2020) de la Maison Saint-Cyr est à réécrire. C'est donc pour moi l'occasion de le refonder en impliquant toutes les parties : les résidents, les familles et les salariés. De ce document cadre, dont l'évaluation est insatisfaisante, pour toutes les parties découlera la définition de notre mission, des services attendus et une organisation de travail adaptée. Les enjeux sont de répondre aux besoins et aux attentes (faire de l'EHPAD un lieu de vie adapté, confortable et rassurant) des résidents, de proposer une diversification de l'offre correspondant au désir du vieillir chez soi des personnes vieillissantes et promues par les politiques publiques actuelles, de fédérer les équipes autour d'un projet éthique et performant en transformant la culture sanitaire de Saint-Cyr en une culture d'accompagnement social dans un lieu de vie adapté, enfin de proposer une offre diversifiée correspondant aux attentes des futures habitants de La Maison.

Je suis convaincu de la singularité de l'individu. Il me paraît essentiel de tenir compte des spécificités individuelles et d'y apporter une réponse à travers une organisation adaptée et souple. Cette organisation doit intégrer un environnement social et architectural qui répond aux besoins et attentes des résidents. La question du confort, de la sécurité, des liens familiaux et sociaux, de la relation « résidents-soignants » doit être intégré à la réflexion des dispositifs proposés.

Les résidents se sentent-ils chez eux à la Maison Saint-Cyr ? Comment concilier les besoins croissants et les attentes individuelles évolutives d'une population hétérogène dans un lieu de vie collectif ?

Pour ce faire, nous aborderons successivement l'histoire d'une institution singulière qui a su innover et inspirer le secteur gériatrique, son positionnement actuel entre pérennité des valeurs et recherche de sens dans l'accompagnement des personnes vieillissantes. Ceci nous conduira à une étude des attentes et des besoins des personnes vieillissantes de Saint-Cyr afin de refonder le projet d'établissement, une population fragile et hétérogène en déterminant les objectifs et les bénéfices associés. Enfin, je proposerai un plan d'actions alliant management stratégique et opérationnel pour favoriser une diversification de l'offre afin de faire de l'EHPAD un lieu de vie adapté aux attentes et besoins des personnes.

1 L'ASSOCIATION SAINT-CYR, UN ACTEUR HISTORIQUE ENGAGÉ POUR LES PERSONNES VIEILLISSANTES

1.1 Une vocation sociale depuis plus d'un siècle

1.1.1 Une histoire religieuse et sociale singulière

Saint-Cyr est une association loi 1901 mono-établissement. La Maison Saint-Cyr est un EHPAD habilité à l'aide sociale qui s'est donné pour mission d'accueillir toute personne âgée de plus de 60 ans, peu ou très dépendante avec ou sans ressources financières⁵. Le domaine se situe sur la commune de Rennes dans une aile du Domaine Saint-Cyr⁶. Il s'étend à l'ouest du centre-ville entre les rues Papu au nord et Louis Guilloux au sud. Marqué par une histoire religieuse, il est occupé par différentes communautés chrétiennes jusqu'à la Révolution française. Les lieux sont transformés en caserne puis en prison jusqu'en 1808. Par décret impérial, il est donné à l'ordre des sœurs augustines de Notre-Dame de la Charité. Il acquiert alors la dimension sociale qu'on lui connaît aujourd'hui et devient une « maison de redressement » pour femmes et enfants, portant un héritage moral et sécuritaire. Avant d'être une maison de retraite congrégationniste puis associative, Saint-Cyr « *aide les femmes, qui, après avoir mené une vie plus ou moins déréglée voulaient se convertir. La rédemption par le travail est alors la règle pour les jeunes filles. On trouve sur le domaine, une blanchisserie, des ateliers de couture et de broderie* »⁷ au service des notables et des hôtels de la ville. La haute enceinte laisse l'imaginaire collectif fabuler, on le redoute.

Au début des années 1970, **la congrégation transforme son accompagnement pour être plus proche de la vie réelle et assurer le bien-être de ses pensionnaires**. Un modèle de pension courte favorisant l'insertion est alors mis en œuvre ; il s'agit ici des **prémises de l'inclusion** que l'association cultivera⁸. En 1979, la première maison de retraite ouvre les portes du domaine afin d'accueillir les sœurs vieillissantes de la congrégation ; elle accueille rapidement des habitants du quartier et de la ville. En 1986, face à des difficultés financières, logistiques et professionnelles, **la congrégation cède le domaine et le bâti à la mairie de Rennes**. En contrepartie, elle exige de poursuivre l'action sociale entreprise et de **porter ses valeurs : innovation, bien-être et ouverture**.

⁵ Statuts de l'Association Saint-Cyr

⁶ Le prieuré date du XI^e siècle ; sa forme actuelle date de la fin du XVI^e siècle.

⁷ BERREZAI O., « La Maison Saint-Cyr se raconte au fil des siècles », Ouest France, 3/07/2017

⁸ Cf. Chapitre 1.3.1 B

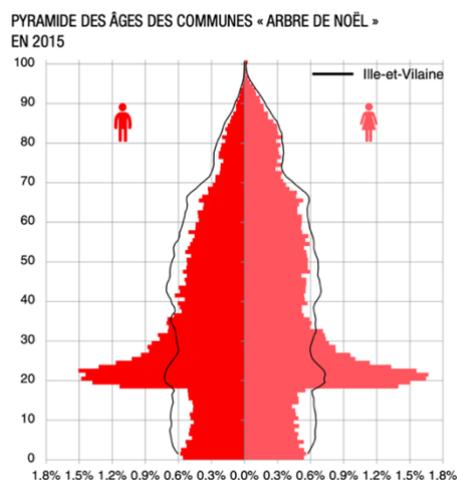
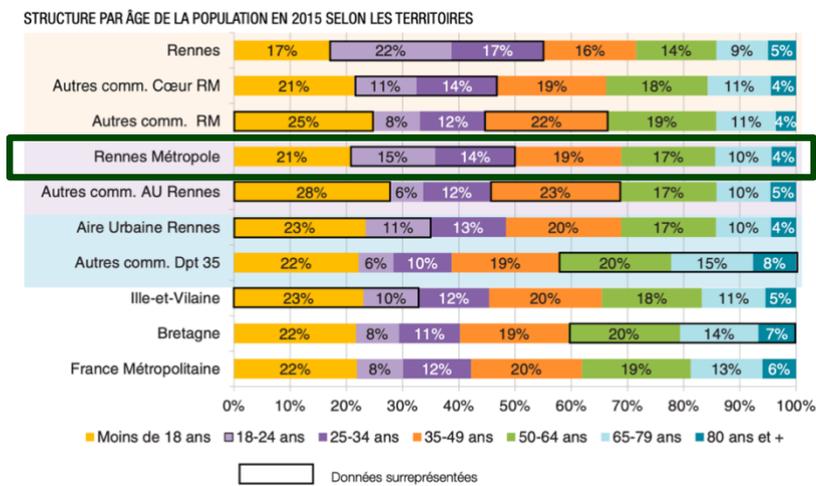
La municipalité devient l'unique propriétaire d'un bâti de 9123m² habitables classés aux **Bâtiments de France**⁹. Entre 1987 et 1989, la ville entreprend un vaste chantier de réhabilitation de l'établissement par l'entremise d'une association nouvelle et originale car constituée en majeure partie de personnes morales. Décision est prise de **lui donner le nom de Maison Saint-Cyr**. Maison pour foyer, lieu de vie, d'habitation et de confort source d'apaisement dans lequel les personnes âgées se sentiraient chez elle. Une maison, inspirée de « la maison de Dieu », référence à son histoire. Une maison qui abritait les jeunes filles de Rennes dans laquelle elles trouvaient refuge. Cette maison est alors considérée comme un lieu de vie et de rencontres ainsi qu'un lieu de soin.

1.1.2 Un EHPAD urbain sur un territoire bien équipé

La Maison Saint-Cyr est située à proximité du centre-ville de Rennes. En 2017, l'agglomération rennaise compte 335.000 habitants. Elle est au centre d'une métropole de 447.500 âmes. Ce qui en fait la 10^{ème} région urbaine la plus peuplée de France. Rennes est une agglomération qui compte des acteurs sanitaires, sociaux, politiques et culturels nombreux. Ils constituent un réseau partenarial utile dans l'offre de service et d'accompagnement des résidents.

A) Démographie brétilienne et rennaise

En 2015, la part des +50 ans de Rennes Métropole est de 31% contre 38% en moyenne sur le territoire national. La démographie rennaise est particulièrement jeune, c'est une ville étudiante. La modélisation pyramidale représente un « arbre de Noël »¹⁰.



⁹ Réglementation des Bâtiments de France : art. L. 631-1 du Code du patrimoine : « Sont classés au titre des sites patrimoniaux remarquables les villes, villages ou quartiers dont la conservation, la restauration, la réhabilitation ou la mise en valeur présente, au point de vue historique, architectural, archéologique, artistique ou paysager, un intérêt public. (...) Le classement au titre des sites patrimoniaux remarquables a le caractère de servitude d'utilité publique affectant l'utilisation des sols dans un but de protection, de conservation et de mise en valeur du patrimoine culturel. Les sites patrimoniaux remarquables sont dotés d'outils de médiation et de participation citoyenne. »

¹⁰ Agence d'urbanisme et de développement Intercommunal de l'agglomération Rennaise, Les Profils démographiques des territoires brétiliens et de l'aire urbaine rennaise, 2018

Ainsi, à l'échelle du département d'Ille-et-Vilaine, la cartographie médicosociale des places en EHPAD est jugée très satisfaisante avec 13.009 places (pour 147 EHPAD). Ceci représente un total de 165 places¹¹ pour 1.000 habitants de plus de 75 ans contre une moyenne nationale établie à 148 places. La répartition est homogène sur le territoire. Ce taux répond aux besoins évalués vis à vis de la forte croissance de la population âgée d'ici à 2030. **Les études démographiques prévoient une forte augmentation des +65 ans qui représenteront une part minoritaire de la démographie territoriale** (par rapport aux autres tranches d'âge¹²). En conséquence, le CD 35 et l'ARS 35 ne priorisent pas l'augmentation du nombre de places en hébergement.

B) Un réseau partenarial diversifiant l'offre de service de la Maison Saint-Cyr

La loi du 2 janvier 2002, introduisant la réforme de l'action sociale, pose les bases méthodologiques et réglementaires de notre métier de direction. A travers ce texte, de 87 articles, est dessiné le cadre évolutif de nos institutions en appuyant sur deux éléments majeurs : **le droit des citoyens et usagers** ainsi que **l'organisation de notre action**. Celle-ci pour être pérenne nécessite de faire appel à des ressources complémentaires externes. Dans le cadre du plan régional de santé, au titre de la prévention de la perte d'autonomie et de la continuité du parcours de santé des usagers¹³, l'ARS promeut des modalités d'accompagnement adaptées et encourage ces partenariats.

En mars 2019, Saint-Cyr convertit 2 lits d'hébergement temporaire, sous convention avec le CHU Pontchaillou et la Polyclinique Saint-Laurent, en lits d'accueil post opératoire pour des personnes vieillissantes. Celles-ci ne nécessitant pas d'intégrer un SSR ont besoin d'un temps de soin et de suivi dans l'attente de l'aménagement de leur domicile. Ce dispositif répond à la prérogative majeure formulée par la loi dite « HPST » de 2009 qui renforce la coordination du parcours de santé des citoyens et la coopération des différents acteurs. En 2020, Saint-Cyr a répondu à un appel à candidature du Conseil départemental pour transformer 15 places d'hébergement afin d'accueillir des personnes vieillissantes en situation de handicap. Depuis son ouverture, La Maison héberge des personnes vieillissantes en situation de handicap, sur le principe d'accueil inconditionnel. Ce choix est renforcé par la loi du 11 février 2005¹⁴ portant sur la citoyenneté et l'égalité des chances afin d'intégrer chaque individu dans la vie ordinaire ainsi que la loi du 28

¹¹ INSEE, Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement : comparaisons départementales, 31/12/2017

¹² BROUSSY L., Les personnes âgées en 2030, Matières Grises, septembre 2018

¹³ ARS Bretagne, Plan régional de Santé 2018-2022, Chapitre 9 « Prévenir et accompagner la perte d'autonomie de la personne âgée », p.153-163

¹⁴ La loi 2005 est principalement orientée vers le secteur du handicap. Toutefois, des parallèles peuvent être considérés au vu des similitudes (dépendance, prise en soin, environnement, habitat, besoins) entre ces deux publics.

décembre 2015 dite « ASV » qui vise à accompagner la perte d'autonomie (temporaire ou définitive) dans la société. Cette réflexion a conduit à créer un réseau partenarial avec les associations Rey Leroux, l'Adapei, la Mutualité Française et le FAM de La Lande.

J'ai constaté que les rendez-vous hospitaliers des résidents étaient nombreux. Ceux-ci prenant 4 à 8 heures. Ce temps passé à l'hôpital génère de la fatigue, du stress et un grand inconfort physique. Nous travaillons donc actuellement à une convention permettant le déploiement de la télémédecine avec les partenaires médicaux de l'établissement (le CHU Pontchaillou, la polyclinique Saint-Laurent, le CHGR Guillaume Régnier et la Polyclinique La Sagesse). Celle-ci faisant réponse au 1^{er} chantier du Plan Régional de Santé de l'ARS Bretagne¹⁵. Il a pour objectif d'assurer un meilleur accès aux soins pour ceux qui n'ont plus la capacité de se déplacer et ceux que les déplacements perturbent. De façon à diminuer la médication, une IDE spécialisée en psychiatrie (en partenariat avec le CHGR Guillaume Reigner) intervient une journée par quinzaine ce qui facilite l'accès aux soins des résidents avec des troubles neurocognitifs. Enfin, l'HAD 35 intervient dans les situations de fin de vie en appui des équipes. Ces partenariats accroissent la capacité de l'établissement dans sa mission d'accompagnement.

1.2 La naissance d'une association mono établissement

1.2.1 Un Conseil d'Administration constitué de personnes morales à réengager

Le Conseil d'Administration est actuellement composé de 5 collèges portant à 21 le nombre de membres ainsi répartis :

- **Collège 1 (16)**, Membres fondateurs : 3 sièges pour la mairie de Rennes, 2 sièges pour le CCAS, 3 sièges pour le Conseil départemental, 2 sièges pour le CHU Pontchaillou, 2 sièges pour la Mutualité française, 2 sièges pour la Congrégation, 2 sièges pour la CARSAT
- **Collège 2 (2)**, Personnes qualifiées
- **Collège 3 (1)**, Usagers et leur famille : 1 siège pour le CVS
- **Collège 4 (0)**, Nouveaux membres
- **Collège 5 (2)**, salariés : 2 sièges pour les représentants du CSE

L'ensemble des acteurs territoriaux sont invités à rejoindre le Conseil d'Administration (CA), chose inédite en 1987. L'association **Saint-Cyr est donc composée en majorité de personnes morales** : des institutions publiques. Ceci devait constituer une force contrairement à des associations qui peinent à mobiliser des particuliers. Cette diversité d'administrateurs enrichit les échanges ce qui a conduit à de nombreuses innovations en réponses aux attentes et besoins des résidents : **garantir la liberté de choix, assurer l'ouverture sur l'extérieur et innover** pour offrir une réponse adaptée à l'évolution des besoins ; valeurs historiques de la congrégation. Toutefois, depuis 2019, des tensions sont apparues entre gouvernance, dirigeance et salariés. Le Président, face à un directeur qui ne prenait plus de décisions,

¹⁵ARS Bretagne, [Schéma régional de Santé 2018-2022](#), p.94 source : [lien](#)

s'est imposé et est devenu l'interlocuteur des équipes. Les membres du CA sont régulièrement absents, le quorum est rarement atteint¹⁶. Ce désengagement explique en partie l'immobilité dans laquelle l'association s'est plongée. Le projet associatif inachevé, entrepris en 2018, en est le reflet.

1.2.2 Saint-Cyr, une association sous tension

En 1987, le CA confie la direction à un médecin gériatre visionnaire. Elle porte de nombreux projets de soins et d'accompagnement permettant d'accueillir une population diverse au sein de l'établissement (personnes vieillissantes, peu dépendantes, très dépendantes, en situation de handicap, avec des troubles neurocognitifs). Elle stimule ses équipes (entièrement tournées vers le soin) par sa capacité à anticiper les besoins des résidents. Elle rédige seule le projet d'établissement à la veille de son départ à la retraite (été 2015)¹⁷, afin d'assurer une continuité des projets. Le Conseil d'Administration confie les rênes de l'établissement et la responsabilité de poursuivre les innovations à un nouveau directeur expérimenté, issu du secteur médico-social, reconnu pour sa capacité entrepreneuriale et financière à développer des projets.

Les périodes de transition sont très souvent délicates, elles impliquent un changement source d'inquiétude et de remise en question. Elles doivent être l'occasion d'une attention particulière, d'un accompagnement des salariés, d'une communication auprès des résidents et de leur famille. Ce ne fut pas le cas, la transition n'ayant pas eu lieu. Entre l'été 2016 et la fin 2018, un mouvement social se révèle. Les contestations sont nombreuses et appellent des décisions de la direction, que les membres du CODIR (composé de l'assistante de direction, de la psychologue, de l'IDEC et du MEDEC) interpellent par écrit. De nouveaux projets sont mis en œuvre tant envers les salariés : démarche RPS, formation d'une équipe de soins palliatifs, intégration de l'établissement dans le dispositif parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), démarche prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP), qu'auprès des résidents : mise en place graduelle de rails auto porteurs, rénovation d'une tisanderie, rénovation de l'accueil de jour.

Ces projets favorisent l'accompagnement des résidents et améliorent les conditions de travail. Cependant, le **management distancié d'une direction absente** qui peine à prendre des décisions, **pour les équipes et les résidents**, maintient la Maison Saint-Cyr dans une crise sociale majeure¹⁸ qui a des répercussions jusqu'en 2021. Pour exemple, en 2018, le médecin coordonnateur démissionne de ses fonctions suite à un conflit sur

¹⁶ Compte-rendu du Conseil d'Administration, septembre 2020

¹⁷ Rapport d'étonnement du Manager de Transition, juin 2020

¹⁸ Cf. annexe 22 : Chronologie des événements de la Maison Saint-Cyr

l'absence managériale de proximité dans les services. La psychologue est déchargée, contre son gré, de son rôle d'accompagnant, auprès de l'accueil de jour et des résidents hébergés, pour porter le dispositif PAERPA, sans être remplacée. De nouvelles tensions naissent. Les équipes se retrouvent sans soutien médical ni psychologique pour accompagner les résidents qui en ont besoin. Elles se traduisent par des tensions au sein des équipes : démission d'une quinzaine de salariés, absence de fidélisation des nouveaux salariés. L'hétérogénéité de l'accompagnement entre services est flagrante. Elle s'explique par l'indépendance et la défiance des services vis-à-vis de la direction.

En pleine crise sanitaire, alors que la Maison est frappée de plein fouet par la COVID-19, le Directeur et le Président démissionnent simultanément en avril 2020 sans communiquer le motif. C'est dans ce contexte fébrile de perte de sens et de repères qu'un manager de transition est recruté par la nouvelle présidente de l'association mi-juin 2020. Mission lui est confiée d'apaiser les tensions sociales, de mettre en œuvre un nouveau management de proximité et participatif, de redonner du sens aux équipes et de trouver un gestionnaire national pour une fusion, décision actée par le Conseil d'Administration depuis 2018. C'est dans ce contexte d'incertitudes que j'interviens sur les questions organisationnelles et managériales (refonte des fiches de postes, organisation, création d'une équipe hôtelière, organisation des services, diversification de l'offre de service, évaluation des risques, négociation CPOM). L'objectif annoncé est de fédérer les équipes autour des valeurs historiques de La Maison Saint-Cyr dans un projet commun.

1.3 Des valeurs associatives fortes à réaffirmer

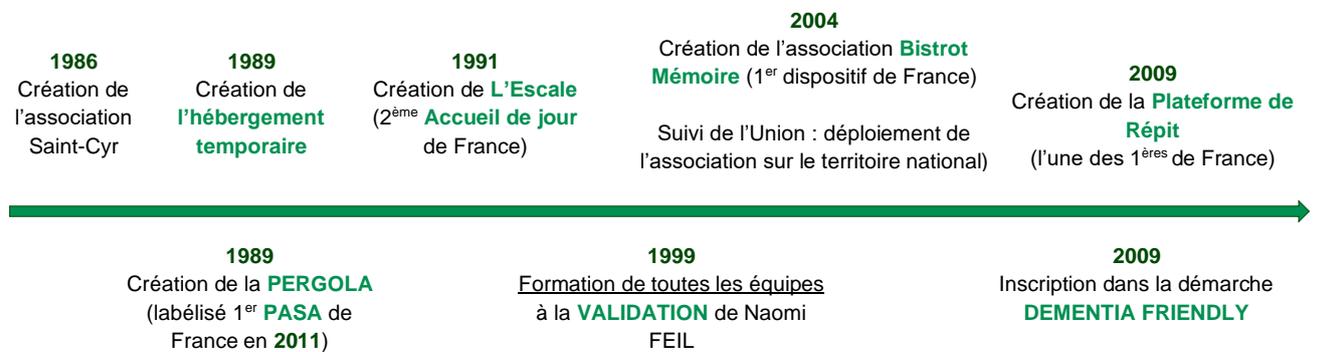
1.3.1 Saint-Cyr, un acteur innovant en avance sur son temps

A) Saint-Cyr, une association innovante

Saint-Cyr est un acteur reconnu par ses pairs pour ses innovations nombreuses et inspirantes. **L'innovation est le mot d'ordre du Conseil d'administration** pendant près de 30 ans. Dans une logique de coopération et de partenariat, Saint-Cyr crée des structures associatives qui portent de nouveaux projets tel que l'association « Bistrot Mémoire » qui intègre la démarche Dementia Friendly Communities¹⁹ et l'association Ty Mad qui porte le projet social et d'animation de la Maison.

Ces dispositifs ne sont pas les seules innovations de la Maison. Elle a en effet, au-delà de l'accompagnement médicosocial, **porté une attention particulière à la préservation du rôle citoyen des résidents et de leur relation au monde** dans lequel ils vivent. Ainsi, la Maison Saint-Cyr a invité le monde extérieur dans ses murs.

¹⁹ « Rennes sera-t-elle la première ville « *Dementia Friendly* » en France ? », NPI Magazine n°103, février 2018



B) Saint-Cyr, une association inclusive

Parallèlement à ses dispositifs, l'établissement a également innové en matière d'animation et de relations sociales. Si, les visites ont lieu du matin au soir, si les résidents sont libres de sortir faire leurs courses, voir leurs proches et se promener dans le parc adjacent, Saint-Cyr souhaitait faire plus. A cause d'une dépendance croissante, les occasions de sortir sont plus rares et l'isolement s'installe dans la Maison ce qui paraît paradoxal au vu de sa mission sociale. Il est donc primordial de proposer une réponse.

La localisation proche du centre-ville, des commerces de proximité et face au parc du domaine favorise l'implication de la Maison Saint-Cyr dans la vie citoyenne. Elle participe à de nombreux comités civiques et sociaux organisés par la mairie de quartier et diverses associations. Ainsi, Saint-Cyr réaffirme une de ces valeurs fondamentales²⁰, inscrite dans son projet associatif, qu'est l'inclusion dans la cité telle que préconisée par la loi dite « ASV ». Or, ce projet associatif est une déclaration. Il ne propose aucun plan d'action ni aucun indicateur ou moyen d'en évaluer la réussite. Fort de son engagement et de ces innovations, l'association Saint-Cyr s'est ouverte aux Rennais grâce à des rendez-vous périodiques avec les familles et les Rennais. Elle est à l'origine de rendez-vous annuels qui rassemblent les habitants du quartier.

Depuis 1998, « **La Quinzaine Bio**²¹ » propose annuellement, au mois de mars, des ateliers et conférences autour de l'environnement, la nature, l'écologie, l'alimentation et l'art. Depuis 2012, son succès a conduit d'autres acteurs à prendre part au dispositif notamment les associations des Trois Maisons du quartier Cleunay et la Maison Bleue du quartier Nord Saint-Martin, Rennes métropole et France bleu Armorique. L'événement, ouvert à tous, invite-les Rennais à (re)découvrir Saint-Cyr, son domaine, son histoire et ses résidents ce qui favorise une mixité sociale et générationnelle. L'événement a permis de réhabiliter l'ancienne serre du domaine à l'abandon. On y troque, on y cultive, on se côtoie et l'on échange des souvenirs, les mercredis et samedis après-midi.

²⁰ Association Saint-Cyr, Projet associatif 2021-2026, p.5

²¹ Programme de « La Quinzaine bio 2020 »

C) Saint-Cyr une association ouverte à la cité

Le cloître, cœur architectural de Saint-Cyr bâti par les bénédictins au 6^{ème} siècle, permet au résident des promenades à l'ombre des arches de pierres en granit sculpté. Conscient de la beauté du site, la direction et l'équipe d'animation ont décidé de transformer cet espace en un lieu d'expression. **La galerie du cloître** propose 2 à 3 expositions annuelles thématiques : photographies d'Afrique, peinture de Bretagne, regards étrangers en terre bretonne, textes de poèmes et de chansons, réalisations de résidents. Ces expositions, ouvertes à tous, font entrer le monde ordinaire et citoyen dans la Maison. Ainsi, Saint-Cyr réaffirme une de ces valeurs fondamentales²², inscrite dans son projet associatif, qu'est l'ouverture. Les « **apéros du lundi** » permettent également la rencontre de ces deux univers qui se côtoient et offrent la possibilité aux familles, aux résidents et aux salariés dans un moment informel de communiquer et d'échanger. Ceci permettant de recueillir des bribes d'histoire de vie des résidents. L'association Ty Mad (association fondée par Saint-Cyr portant le projet social), en collaboration avec les résidents et le CVS a créé « **Planète Seniors** »²³ en partenariat avec la chaîne « TV Rennes ». Il s'agit d'un programme d'échange et de reportage sur la société. Les aînés invitent, interrogent et animent ces séquences. Ces « paroles d'aînés » participent à l'actualité de l'établissement. Elles transforment le regard du public, offrent aux résidents le moyen d'exprimer leurs opinions et de guider la Maison vers de nouveaux projets. Elles permettent également de révéler le quotidien d'une vie en EHPAD. Une ouverture à la société utile dans un contexte sociétal et médiatique peu favorable et qui porte une image négative sur les EHPAD.

Depuis mars 2020, à cause de la COVID-19, toutes ces activités ont été interrompues par la crise sanitaire. Les restrictions réglementaires légiférant les visites et préconisant la distanciation sociale n'ont pas permis de réaliser les éditions 2020 et 2021. Seule la galerie du cloître est restée accessible aux résidents exclusivement.

1.3.2 Le paradoxe sociétal : l'attractivité de Saint-Cyr face à l'image des EHPAD

Saint-Cyr compte 87 demandes d'admission en attente répondant aux critères d'âges (+60 ans), de dépendance (GIR 4 minimum), de besoins sociaux (isolement social ou géographique, éloignement familial), et de besoins médicaux. Cette file active et les demandes régulières (en moyenne 5 par semaine) démontrent l'attractivité de la Maison à l'opposé de la perception collective. Elle me paraît être l'héritage d'une triple conjoncture.

²² Association Saint-Cyr, Projet associatif 2021-2026, p.5

²³ Dossier de presse : <http://maisonsaintcyr.com/animation/planete-seniors/>

Une activité médiatique, faisant la part belle aux reportages et articles à charge, depuis près de vingt ans, que l'on appelle communément « EHPAD bashing ». Cette formule anglo-saxonne signifie « *critique incessante, souvent exagérée, parfois mensongère, des EHPAD dans leur ensemble sur la base de faits isolés plus ou moins avérés* ». Un stéréotype comme image représentative est un outil de communication compréhensible pour le grand public mais n'est pas le reflet des réalités individuelles. Cependant, ces clichés ont accéléré les décisions politiques.

Une action politique nationale qui voit la multiplication de rapports parlementaires et sénatoriaux (mission flash EHPAD²⁴). En 2019, ils conduisent à une concertation nationale menée par D. LIBAULT préparant une loi sur l'autonomie et le grand âge très attendue en 2022. Elle est suivie de la mission EL KHOMRI concernant la revalorisation des métiers du grand âge.

Des mouvements sociaux nationaux en 2018, dont celui de la Maison Saint-Cyr durant l'été conduisent à une dégradation progressive des relations internes entre la direction et les équipes qui trouve sa conclusion dans le départ du directeur et du président un an et demi plus tard. Il apparaît alors une médiatisation nationale qui nuit à l'image du travail des salariés ajouté à une situation économique d'un travail, peu valorisé, qui demande beaucoup d'investissement dans des conditions parfois dégradée (liée à l'augmentation de la dépendance au fil des ans, à la pénurie de professionnels qualifiés ce qui engendre un absentéisme croissant et une insatisfaction générale du travail réalisé)²⁵. L'installation progressive de rails autoporteurs dans l'établissement initiée en 2018 est une réponse.

A cela, **j'ajouterai une conjoncture sociétale**. La fin de vie est une réalité indéniable à laquelle le public ne semble pas vouloir se préparer. Le rapport à la dépendance et à la mort questionne et inquiète les résidents, les familles. Lorsque la pandémie impose des mesures barrières et une réglementation plus stricte, j'ai eu à expliquer aux familles, qu'il ne s'agissait nullement d'une privation de liberté mais de mesure limitant les risques de contamination. Le port du masque et la vaccination sont des gestes de bienveillance et de solidarité pour l'intérêt commun. Ceci explique pourquoi 96,7% des résidents et 70% des salariés sont vaccinés dès mars 2021.

1.4 Saint-Cyr, un EHPAD qui accueille une population hétérogène : un panel de personnes vieillissantes

1.4.1 Une population plus fragile qui entre en EHPAD plus tardivement

²⁴ IBORRA M. Missions flash sur les EHPAD, 13 septembre 2017

²⁵ Rapport externe concernant l'évaluation des risques psycho sociaux, 2018-2020

« Je voulais venir à Saint-Cyr !
C'était Saint-Cyr ou rien. »
M^{me} H. octobre 2020

Saint-Cyr héberge 142 personnes et accueille en journée 10 personnes supplémentaires. La population est très largement féminine (86,5%). L'âge médian est de 89,48 ans²⁶. L'allongement de l'espérance de vie

est une conséquence d'une meilleure santé et du développement des services d'aide à domicile, ce qui entraîne une entrée plus tardive en EHPAD. La moyenne d'âge d'entrée en 2010 était de 74,3 ans ; **aujourd'hui elle est de 87,7 ans** (que nous appelons « Grand âge »). **Les personnes entrent avec des pathologies plus nombreuses et beaucoup plus avancées.** Ces données **expliquent la diminution significative de la durée de séjour.** Elle est divisée par deux : 9,75 ans en 2015 contre **4,3 ans en 2020**. Ces données viennent réinterroger la culture d'accompagnement de l'établissement qui a glissé vers la priorisation du sanitaire au dépend du caractère social « prendre soin ».

GIR	% de la population Saint-Cyr au 30/06/2021	DEPARTEMENT ²⁷	NATIONAL ²⁸
6	12,70%	5%	13,8%
5	6,35%	8%	7,6%
4	11,90%	20%	18,3%
3	23,81%	16%	13,6%
2	26,98%	30%	29,6%
1	18,26%	21%	17,1%

Les personnes actuellement hébergées sont dépendantes (dépendance physique) ou en perte d'autonomie (dépendance cognitive). Les groupes iso-ressources 2 et 3 sont les plus nombreux. Le groupe 3 (23,81%) est nettement plus élevé que la moyenne départementale (16%) et nationale (13,6%). Le groupe 2 et 1 sont inférieur à la moyenne brétilienne. Je remarque que le groupe 6, personne non dépendante, est très élevé (12,7%) comparativement à la moyenne départementale (5%).

Lors de la rencontre préliminaire de la négociation du CPOM en mai 2021 (retardée par la crise sanitaire) l'ARS a exigé de l'établissement une rigueur dans l'admission des personnes âgées et précisé le niveau de dépendance minimal pour l'admission (GIR 4). La Commission d'admission a donc établi des critères d'entrée de façon à atteindre l'objectif, fixé par l'autorité de tutelle, d'augmentation du GMP (624) et le PMP (195)²⁹ en priorisant les admissions urgentes et de personnes fortement dépendantes. Ceci a abouti à la réactivation d'une liste d'attente de 43 demandes³⁰ pour en faire une file active.

Jusqu'en 2020, Saint-Cyr hébergeait 30% de personnes âgées peu ou pas dépendantes. Actuellement, l'établissement reçoit 25% de demandes d'admission de ce public. **Cette**

²⁶ Cf. annexe 10 : Présentation de la population de Saint-Cyr en 2019

²⁷ Conseil départemental 35, Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées 2015-2019, p72

²⁸ Source : INSEE n°23 de février 2017, issue de l'enquête EHPA, 2015, actualisée en 2018

²⁹ GMP et PMP au 31 décembre 2020

³⁰ Compte-rendu de la Commission d'admission, mai 2021

forte demande exprime le souhait de rompre avec un isolement géographique et social. Ceci nous interroge quant au maintien à domicile et sur la définition du « vieillir chez soi ». C'est pourquoi l'idée d'une résidence autonomie accolée à l'EHPAD présente de nombreux avantages. **L'évolution de la dépendance au sein de l'établissement entre le 31 décembre 2020 et le 30 juin 2021 est significative.** La diminution du nombre de personnes peu dépendantes et l'augmentation du nombre de personnes dépendantes signifie un maintien des moyens et donc la pérennité des effectifs employés ce qui, conjointement, a des effets sur la mission des équipes (augmentation de la pénibilité du travail et nature des actes, des compétences).

En outre, Saint-Cyr accueille 8 personnes âgées en situation de handicap (sensoriel, moteur, cognitif). Ces personnes sont accueillies et accompagnées de la même façon que tous les résidents, une réponse globalisée et non personnalisée. Mademoiselle H., aveugle, professeur de piano, résidente depuis 2005, connaît la maison sur le bout des doigts, littéralement. Sa chambre et les circulations de son unité de vie sont grandes et parcourues de mains courantes qui l'aident à circuler. Sa chambre a été aménagée de façon à reproduire fidèlement l'agencement de son ancien domicile.

Refondre le projet d'établissement et proposer une offre diversifiée pour garantir un accompagnement personnalisé est nécessaire au regard de la diversité du public accueilli, de son évolution (situation de santé, besoins sociaux, confort de vie, handicap, environnement familial) et du public de demain. Cette diversification a également pour objectif de donner aux salariés, à travers des formations spécialisées, les moyens d'accompagner les résidents selon leur projet personnalisé de vie sociale. La question centrale étant de garantir l'individualité dans un espace collectif.

1.4.2 « Plus de la moitié des résidents ont une maladie neurodégénérative »³¹

Santé Publique France définit les maladies neurodégénératives « *comme chroniques progressives qui touchent le système nerveux central* ». La fréquence d'apparition augmente avec l'âge. **Il y a actuellement en France 1 200 000 personnes touchées par les maladies neurodégénératives.** Ces maladies ont un impact majeur sur les personnes atteintes, leurs proches-aidants et les professionnels. Elles sont **évolutives** (progression dans le temps de manière inégale), **dégénératives** (décroissance des fonctions cognitives et physiques) et **incurables** (aucun traitement thérapeutique ne permet une guérison). Les traitements médicamenteux et thérapeutiques actuels visent uniquement les symptômes et sont d'efficacité variable. La revue de littérature et les études réalisées en France sur **les représentations sociales de la maladie confirment**

³¹ La Maison Saint-Cyr, Projet d'établissement 2015-2020, p13

l'image extrêmement sombre de la maladie et des malades. Comme le note NGATCHA-RIBERT (2008), « *la maladie d'Alzheimer demeure la figure archétypique de la mauvaise vieillesse et une étiquette désignant le naufrage sénile, où se côtoient folie, déraison, aliénation, déchéance, mort psychique et sociale* »³². Ces symptômes donnent une représentation sociale négative de la maladie et contribuent à ralentir les innovations en matière d'accompagnement thérapeutique. La moitié des résidents de Saint-Cyr ont une maladie neurodégénérative avec des troubles neurocognitifs avancés ou un handicap mental. Depuis son ouverture, la Maison Saint-Cyr n'a jamais eu d'unité dédiée à l'accompagnement d'un public spécifique. Le choix de la première direction de promouvoir un accompagnement **égal** (uniformité de la réponse, identique pour tous) ne correspond plus à la nécessité de personnaliser l'accompagnement ; celui-ci exige une **équité** (attribuer à chacun ce qui lui est nécessaire pour bénéficier des mêmes conditions et droits que les autres). Elle compte **70 résidents atteints d'Alzheimer** (53%) ou maladies apparentées. Quinze d'entre eux ont des troubles neurocognitifs majeurs qui se manifestent par une déambulation prononcée, un changement comportemental soudain, une inactivité, parmi eux 7 sont atteints d'anosognosie³³. Saint-Cyr ne possède pas les moyens de répondre précisément à tous les besoins (notamment : syndromes frontaux, déambulation, agressivité, noctambulisme, anosognosie) et attentes individuelles car elle n'a pas actualisé les projets personnalisés depuis 2018. L'établissement propose une réponse générique et non personnalisée.

Saint-Cyr accueille une diversité de personnes dont l'âge (58 à 99 ans) et les besoins différents (dépendance, troubles cognitifs, soins de nursing, relations sociales et activités) nécessitent une réponse adaptée et donc personnalisée. Ceci implique de favoriser l'autodétermination des résidents dont les projets personnalisés ne sont plus actualisés depuis 2018 (faute de temps dû au glissement de tâches, et à l'absence de pilotage). La population de Saint-Cyr est actuellement impliquée dans une démarche de recueil de leurs attentes.

1.4.3 La population de Saint-Cyr incluse dans une démarche de réflexion : l'expression des attentes face à la perception des besoins

En accord avec la RBPP portant sur les pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne³⁴ (2018) : « rendre la personne actrice de son projet » nécessite qu'elle puisse exprimer son projet de vie et opérer des choix. En tant que

³² Sous la direction de PIN LE CORRE S., Perception sociale de la maladie d'Alzheimer : les multiples facettes de l'oubli, Fondation Nationale de Gérontologie, 2009/1 vol. 32, n°128-129, pages 75 à 88

³³ **Anosognosie** : trouble neuropsychologique caractérisé par la méconnaissance de la personne de sa maladie.

³⁴ ANESM, Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, mars 2018, volet 1, 124p.

directeur, il me paraît essentiel d'apporter des réponses personnalisées aux préoccupations de chaque résident.

Une réponse unilatérale et générale ne convient pas. J'ai diffusé en février 2021, une enquête auprès des résidents, des familles, des équipes, des bénévoles et des administrateurs³⁵ afin de recueillir les besoins et attentes des résidents et de mesurer leur compréhension pour dégager les axes prioritaires du prochain projet d'établissement. La démarche consiste en un entretien individuel entre un soignant dit référent et le résident qu'il accompagne. Cette mission transversale n'est plus que l'ombre d'elle-même. A l'origine, elle permettait à chaque nouveau résident et sa famille d'identifier un interlocuteur privilégié. L'entretien conçu pour un échange visuel et verbal facilite le

	169	RESIDENTS	SALARIES	EXTERNES
		%	%	%
L'alimentation et le "bien manger"		52%	28%	29%
Maintenir son hygiène		14%	42%	38%
Respecter son intimité		20%	12%	15%
Le sécuriser		56%	23%	27%
Assurer un suivi médical		15%	26%	27%
Assurer son confort		52%	26%	16%
Le libérer des tâches du quotidien		11%	5%	5%
Bien l'accueillir		51%	12%	15%
Recevoir la famille		75%	28%	47%
L'animation		31%	35%	44%
Sortir		30%	12%	35%
Maintenir ses liens sociaux		11%	56%	49%
L'écouter et prendre son avis en compte		10%	60%	33%
L'accompagner jusqu'à la fin selon ses choix		15%	42%	29%
Respecter ses choix		15%	37%	11%
Maintenir mes capacités physiques et cognitives		15%	56%	71%
Maintenir mes croyances		20%	2%	4%
Exercer mes droits citoyens		6%	0%	5%

Figure 1: Résultats de l'enquête attentes des résidents (février-mai 2021)

recueil de ses cinq attentes principales parmi dix-huit identifiées. Elles sont toutes importantes, la priorité étant fonction des situations individuelles. La diversité des réponses présentées (44%) ci-dessous révèle :

- **Des résultats étonnants par leur concentration sur 5 points** précis qui concernent des besoins physiologiques, sociologiques et sécuritaires : l'alimentation, la sécurité, le confort, l'accueil / l'hospitalité et la réception de la famille. Les attentes fortes exprimées.
- **Une emprise forte de la crise sanitaire** : les résidents souhaitent voir leur famille (75%), retrouver les animations (31%) et à travers elle, le plaisir de partager avec les autres résidents de moments de joie. LA crise ayant exacerbé le désir le besoin de lien social qui avait quasiment disparu des unités de vie et qui nécessite de reconsidérer l'EHPAD comme un lieu de vie et non plus un lieu de soin
- **L'envie d'un meilleur confort** : dans les chambres et les lieux communs (salle de restauration, grande salle d'animation) car le mobilier date de 1989 ce qui implique une nécessité de modernisation et de rénovation.
- **Le besoin d'être rassuré** et pouvoir sortir librement à l'extérieur (30%) ; le COVID est un ennemi invisible. Le manque d'informations jusqu'en septembre 2020 (absence de point de situation avec les équipes et les résidents), a généré une inquiétude croissante d'autant plus que nous avons été touchés par deux fois durant le printemps

³⁵ Cf. annexe 13 : Questionnaire et statistiques des répondants

et l'automne 2020, sans médecin à bord. La diversité des avis médicaux des médecins traitants n'a pas favorisé l'unité de La Maison. Un souhait d'être rassuré également dans l'accompagnement de fin de vie et d'hospitalité. Ceci implique de faire le lien entre le domicile (lieu de confort et sécurisant) et l'institution, lieu collectif et d'aliénation³⁶.

La crise covid-19 a largement influencé les résultats présentés.

A) Un désir de socialisation accentué par la crise sanitaire (75%)

Je constate que le désir de voir et recevoir sa famille est primordial (75% des réponses). Les répondants souhaitent s'assurer de pouvoir accueillir leur famille. La crise COVID-19 nous a contraints pendant un temps à interdire les visites puis les contrôler en les limitant à des salons individuels qu'il a fallu aménager sommairement dans des bureaux lors du deuxième confinement (octobre 2020). Ces restrictions ont fortement influé sur l'état psychologique et médical des résidents. J'ai observé un accroissement des troubles neurologiques (nombres de transmissions, d'interventions du médecin et de la psychologue, d'admissions au PASA), un isolement des résidents et une baisse de participation aux animations. La mixité de population dans cet environnement inadapté n'a pas facilité l'accompagnement. Ce besoin sécuritaire et de convivialité s'explique également par l'appropriation du lieu, l'établissement comme domicile. Il s'agit d'une part constitutive de l'identité individuelle. Cette reconnaissance d'identité en tant que personne, la prise en compte de ses attentes et le maintien du lien social font écho à la loi 2002-2 qui se matérialisent au travers des projets personnalisés. Cependant, ceux-ci n'ont pas été actualisés depuis 2018 à cause d'une absence managériale de proximité ; les cadres étant occupés à ajuster les plannings et trouver des remplaçants.

B) Un sentiment de sécurité pour se sentir chez soi (56%)

« Après tout, je suis chez moi ici ! »
M. C. mars 2021

L'article 7 de la loi 2002-2 est sans équivoque quant aux droits de l'utilisateur à respecter, à savoir : la dignité, l'intégrité, la vie privée, son intimité, sa sécurité et le droit d'aller et venir librement. 56% des répondants souhaitent que l'établissement les accueille mieux dès le jour de leur arrivée. Une visite de la maison est attendue. Ils évoquent **le besoin de points de repère** (plans de circulation, code couleur spécifique à chaque unité de vie, des photos sur la porte, un trombinoscope des équipes de l'unité de vie, des noms sur les uniformes) **et un accompagnement par une personne identifiée lors des déplacements** dans la Maison. Ce que confirme la fille d'une future résidente venue visiter l'établissement avant l'admission : « C'est très grand

³⁶ MESSY J., La Personne âgée n'existe pas, Paris, Payot, 1993, réédition 2002

ici ! J'ai peur que maman se perde ». Ce sentiment d'insécurité est amplifié par le visage de soignants inconnus dans les services qui contraste avec « l'esprit familial » de la Maison. Entre 2019 et 2021, onze postes sont pourvus par des agents intérimaires car Saint-Cyr a des difficultés à recruter.

C) Le « dernier plaisir » du grand âge : l'alimentation (52%)

« Avant, c'était meilleur ! »

M^{me} C. mars 2021

52% des répondants souhaitent une alimentation plus qualitative et variée ; les personnes dépendantes expriment davantage cette attente. La restauration doit évoluer d'un service à l'assiette de type « cantine scolaire » à celui d'un véritable restaurant. La cuisine est assurée en interne par un prestataire. Ce choix fut pris de confier cette activité à une entreprise dès l'ouverture de l'établissement. En 2020, suite au départ à la retraite du chef historique de la maison et l'arrivée d'un nouveau responsable territorial chez le prestataire, j'ai constaté une baisse de la qualité des repas. Les résidents l'ont d'ailleurs mentionné au travers de la commission menu du 1^{er} trimestre 2020. Depuis, le sujet revient régulièrement en CVS.

D) Le décalage compréhensible entre le regard des salariés et la parole des résidents.

Cet écart est lié au constructivisme social, c'est-à-dire à l'idée que l'on se fait de quelqu'un, d'une population en projetant sur elle ses appréhensions propres et ses aspirations personnelles. Il s'explique par l'histoire de la culture d'entreprise. Les salariés ont répondu à 60% « écouter et prendre en compte l'avis des résidents ». Si le projet personnalisé constitue les fondations des services mis à disposition des résidents il doit être actualisé annuellement ou dès que la situation du résident évolue. Il permet également de mettre en œuvre une réflexion concernant les projets de services qui nourrissent le projet d'établissement.

Dirigé initialement par un médecin gériatre, Saint-Cyr a toujours privilégié le soin (cure). Toutefois, entre 2014 et 2020, Saint-Cyr a connu un paradoxe. Face à une dépendance croissante des résidents installés, **l'établissement accueillait des personnes vieillissantes peu dépendantes** (GIR 5-6) et faiblement médicalisées pour maintenir le taux d'occupation fixé par la convention tripartite. Celles-ci représentent près de 30% des résidents contre 8% sur le plan national³⁷. Le GMP (que je traduis par le niveau moyen de dépendance) est faible. Il est évalué à 693 (juillet 2021). Or la moyenne territoriale et nationale se situe à 722. Qu'est ce qui explique l'attrait de Saint-Cyr pour des personnes peu dépendantes ? **Ses innovations et son dynamisme social lui ont forgé une solide réputation auprès des personnes âgées mais désavouée par les équipes**

³⁷ ARS Bretagne : Statistiques et indicateurs de la santé et du social, 2016 ; CNSA : La situation des EHPAD en 2017, 2019 ; DREES : L'accueil des personnes âgées en établissement, septembre 2017

soignantes. Les résidents estiment que « *L'EHPAD Saint-Cyr est une bonne maison* »³⁸ ce qui contribue à sa notoriété. Certains pensionnaires sont d'anciens bénévoles, des parents proches de résidents. Cette attractivité est un atout.

La diversité de population est une grande richesse dans le cadre de l'innovation³⁹ des pratiques et la diversification de l'offre afin de satisfaire les besoins d'accompagnement et les attentes individuelles des résidents. Elle est aussi une difficulté dans l'adaptation de l'organisation de travail d'autant plus avec mon souhait d'appliquer une réponse individuelle adaptée à chaque situation surtout lorsqu'elle s'inscrit dans un collectif.

1.5 Pour prévenir la dépendance et la perte d'autonomie des personnes âgées l'offre de service de l'EHPAD doit évoluer

1.5.1 Un EHPAD aux dispositifs divers pour accompagner les personnes âgées

Saint-Cyr accueille 152 résidents grâce à un plateau technique diversifié :

- **L'hébergement :**
 - o **permanent** (HP) : 130 places (TO 2019 : 99,32%) dont 13 places en **PASA**
 - o **temporaire** (HT) : propose 12 places (TO 2019 : 81,85%) dont 2 places « sortie d'hospitalisation » sous convention avec le service de gériatrie aigüe du CHU Pontchaillou et de la Polyclinique Saint-Laurent, dont 1 place en **PASA**
 - o **PASA** : 14 places – dispositif interne et indépendant de l'hébergement accueillant des résidents ayant des troubles neurocognitifs.
- **L'accueil de jour** (AJ) : propose 10 places (TO 2019 : 69,54%)
- **La plateforme de répit** (PR) couvre les 20 communes rennaises.

A) L'hébergement, deux offres centrales mais uniformes pour répondre à des situations diverses des personnes âgées dépendantes

La Maison Saint-Cyr accueille chaque année une quarantaine de nouveaux résidents permanents. 312-1, D. D312-155 et suivants et L. 314-2 du CASF, **l'hébergement permanent** (130 places) « vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale (...) en complément des prises en charge habituelles en établissements et services. ». De même, **l'hébergement temporaire** (12 places) offre une solution alternative d'une durée définie contribuant au repos de leurs aidants familiaux. Il peut s'agir d'un accueil transitoire dans l'attente d'un aménagement du domicile, d'une admission dans un autre

³⁸ Ouest France, « Rennes. Pour ses 84 ans Angèle s'invite à l'ARS pour parler du sort des « vieux » dans les EHPAD », 7 août 2021.

³⁹ Cf. Chapitre 1.3.1 p.8-9

établissement souvent motivé par un rapprochement familial, ou pour faire face à une situation d'urgence. Depuis avril 2021, nous sommes tenus par l'ARS de réaliser cinquante séjours temporaires. Ce dispositif est organisé pour une même personne pour une durée annuelle d'au plus 30 jours (consécutifs ou non). Il constitue donc l'opportunité d'accompagner sous cette forme au moins 120 personnes par an. Constatant un accroissement des hospitalisations d'urgence des personnes âgées peu dépendantes (motif de demande de séjour temporaire le plus souvent évoqué dans les dossiers d'admission) et de la saturation des lits des établissements sanitaires, nous avons pris le parti de transformer 2 places HT pour accueillir des personnes en attente de l'adaptation de leur domicile ; ce projet a été soutenu par les ATC. Ces hébergements sont un accueil dans un habitat destiné aux personnes ne pouvant plus vivre à domicile. Cependant, ces 2 offres ne correspondent qu'aux besoins d'une population dépendante ou peu dépendante. Saint-Cyr, ayant 53% de sa population atteinte de maladies neurodégénératives dont 15 personnes déambulantes, doit se doter d'une unité de vie protégée pour répondre aux demandes d'admissions en augmentation. Seuls 40% des EHPAD rennais proposent ce type d'hébergement.

B) Le PASA, un accompagnement des personnes Alzheimer

L'hébergement est complété par un dispositif PASA, créé en 1989, défini par l'article D312-155-0-1 du CASF. L'arrêté d'autorisation d'activité lui accorde 14 places. A l'origine, le PASA est conçu comme un dispositif d'accompagnement (activités thérapeutiques d'équilibre et de dextérité, élocution, repère spatial...), pour les résidents atteints d'une maladie neurodégénérative en début de maladie en lieu et place d'une unité protégée. Il fonctionne de 9h à 20h, 7 jours sur 7 et est encadré par 6 personnes. Cet accompagnement envisagé dans un séjour de longue durée (15 ans en moyenne) était pertinent au vu de l'âge d'entrée des résidents en EHPAD dans les années 1990 (65 ans) ; âge à laquelle les premiers symptômes apparaissaient. Se faisant, l'amélioration des conditions de vie grâce à la technologie, les services à domicile et le système de santé ont améliorés les conditions de vie ce qui a entraîné une entrée en EHPAD beaucoup plus tardive. L'âge moyen d'entrée à Saint-Cyr est de 84,3 ans en 2019. En conséquence, les personnes entrent avec des symptômes plus avancés. De plus, la part de la population atteint d'une maladie neurodégénérative augmente. Dans sa configuration actuelle je constate 2 difficultés entraînant une rupture de parcours : la saturation du dispositif (14 places pour 70 résidents) et la rupture dans l'accompagnement quotidien dans les unités de vie où les équipes ne poursuivent pas les méthodes d'accompagnement abordées (absence de formation). Le PASA doit redéfinir son processus d'accompagnement et se doter de critères d'entrée.

C) L'accueil de Jour, une offre de service des personnes vieillissantes vivant à domicile

Enfin, l'accueil de jour, défini par l'article D312-8 permet l'accompagnement de personne résidant à domicile pour prévenir une aggravation de leur état de santé tout en maintenant le lien social et la communication en animant leur projet de vie personnel⁴⁰. Ce dispositif ouvert, fonctionnant sur des horaires de journées (lundi au vendredi de 9h à 17) favorise une dynamique d'apprentissage et de maintien des capacités. Il permet d'assurer un temps de répit à l'aidant familial par l'accueil ponctuel de la personne aidée. Par ailleurs, cet accueil contribue aussi à préparer à une transition vers une future entrée en institution et donc la coordination de parcours dont je souhaite créer le poste en élargissant les fonctions de l'assistante de service sociale (ASS) actuellement employée (2012). Enfin, l'accueil de jour participe au maintien à domicile coordonné avec les SAAD et SIAAD du territoire.

D) La plateforme de répit, un dispositif favorisant le maintien à domicile

Créée en 2009, elle accompagne en moyenne 250 couples « aidé-aidant » par an pour un total de 390 interventions (à domicile, accompagnement extérieur, soutien psychologique, atelier de médiation, activités thérapeutiques). 91% des personnes bénéficiant de l'aide sont atteintes de troubles neurologiques (perte mémorielle graduée aux troubles plus avancées (déambulation, démence, apathie, troubles alimentaires, syndrome frontal). Elle a pour missions principales d'**offrir un temps de repos à l'aidant par un accompagnement médicosocial de l'aidé** de manière ponctuelle et individuelle, à domicile, avec l'intervention d'une AES ou à l'extérieur en petit groupe. Elle accompagne les couples « aidé-aidant » dans **l'apaisement de situation conflictuelle** avec la médiation d'un psychologue salarié (1 ETP). Elle propose un **accompagnement social** (gestion budgétaire, démarches administratives) grâce à une ASS salariée (1 ETP) répartie sur les différents dispositifs. Elle **fluidifie le parcours de santé et médicosocial** des personnes ayant une MND. Elle accueille, soutient et conseille les proches-aidants et les oriente vers un dispositif interne adapté (bistrot-mémoire, accueil de jour, hébergement temporaire ou permanent) ou celui d'un partenaire (UVP, UHR).

Dans sa configuration actuelle, La Maison Saint-Cyr, participe à l'accompagnement des personnes vieillissantes vivant en dehors de l'établissement. La plateforme de répit doit devenir une porte d'entrée pour l'établissement afin de proposer une logique de parcours coordonné. Son rôle est central dans la prévention, l'accompagnement au domicile et par son réseau partenarial (CHU, CLIC, CCAS, MAIA, médecins libéraux). Ces relations privilégiées permettront d'anticiper les évolutions du public à accueillir demain et ainsi

⁴⁰ Circulaire DGCS/SD3A n°2011-444, nov-2011 relative à l'organisation de l'accueil de jour et d'hébergement temporaire

prévoir l'évolution des dispositifs internes et la création de nouveaux. Le plateau technique de la Maison Saint-Cyr et de ses partenaires peut proposer une réponse graduée répondant aux besoins d'accompagnement des personnes âgées. Cette réflexion entre dans le cadre de la refonte du projet d'établissement qui est arrivé à son terme. Pour ce faire, en tant que directeur, je souhaite mobiliser toutes les parties prenantes : résidents et familles, salariés, administrateurs et personnes externes.

1.5.2 Une équipe pluridisciplinaire orientée vers le soin en perte de sens

A) Une masse salariale importante sans management réel

L'EHPAD dispose de moyens humains favorables (102,2ETP employés pour 98,4ETP autorisés⁴¹) au regard des moyennes territoriales et nationales d'encadrement relevées dans l'analyse comparative française du rapport de la CNSA (2018). Le tableau ci-dessous présente une cartographie de la répartition de l'équipe pluridisciplinaire⁴².

Le Pôle Soins et accompagnement est constitué de professionnels diplômés (61%) : AS-AES (35,74ETP), agents de soins nommés AHS (28,25ETP), 8,75ETP d'IDE (dont 1ETP d'IDEC), 1ETP de médecin coordonnateur nouvellement recruté, 1,6ETP d'ergothérapeute, 1,4ETP de psychologie (0,6 pour l'hébergement, 0,8 pour la plateforme de répit). La décision de recruter un médecin urgentiste et non gériatre, à hauteur de 1ETP au lieu de 0,5ETP communément admis, a une valeur hautement stratégique. Cela permet de créer un pouvoir médical (autorité) absent depuis 2018. Par sa vision humaniste des relations le Docteur privilégie la personne avant le patient. Allié à l'évolution des fonctions de l'assistante sociale il apparaît une opportunité d'évolution de la culture sanitaire. **L'équipe hôtelière** est constituée de 4,3ETP d'agent des services logistique. Je note que parmi les 28,06ETP d'ASH financé par la convention tripartite signée en 2014, la direction attribue la majeure partie des effectifs à la réalisation des actes de soin. En conséquence, l'aspect hôtelier à quasiment disparu. **L'équipe d'animation** se compose de 3 salariés pour 2,2ETP. L'un d'eux coordonne les animations au PASA, ce qui représente 1ETP pour 14 places. Les 2 autres coordonnent l'animation pour l'hébergement et les relations avec les partenaires et institutions externes. **Enfin, l'équipe administrative** se compose de 8 personnes dont 1ETP de direction, 1ETP d'adjoint, 1ETP cadre logistique et hôtelier, 1ETP d'assistante comptable, 1ETP d'assistante RH, 1ETP d'assistante sociale, 1ETP de secrétariat-accueil, 0,8ETP d'assistante facturation, 0,5ETP de qualitiennne (recrutée en octobre 2020). Ce large éventail de fonctions supports s'explique par le fait que Saint-Cyr est une association

⁴¹ Convention tripartite 2014-2019

⁴² Cf. annexe 14 : tableau détaillé de l'effectif global de La Maison Saint-Cyr

mono-établissement et ne bénéficie pas du soutien comme d'autres opérateurs (Fondation Partage et Vie, LNA Santé).

PÔLES	ETP SAINT-CYR 2021		MOYENNE TERRITORIALE ⁴³	MOYENNE NATIONALE ⁴⁴
SOINS (AS-AES-AHS)	59,69	0,39	0,29	0,31
IDE	9,75	0,06	0,05	0,06
HÔTELLERIE (ASH + lingères)	4,3	0,03	0,24	0,21
ANIMATION	2,2	0,01	0,01	0,01
ADMINISTRATION	8,3	0,05	0,04	0,03
Services généraux (Cuisine + agents de maintenance)	8,9	0,06	<i>Non renseigné</i>	<i>Non renseigné</i>
Paramédicaux	9,1	0,06	<i>Non renseigné</i>	<i>Non renseigné</i>
TOTAL	102,24	0,67	0,63	0,62

B) L'accord d'entreprise sur les 35H ne répond plus aux besoins

Lors du passage aux 35H (2008), la direction en place a négocié un accord d'entreprise. Les salariés travaillent 37,5H hebdomadaire en échange de quoi, ils bénéficient de 15 jours RTT par an, appelés « jours verts (JV) ». Ils sont répartis comme suit : 5 jours à la disposition de l'employeur qui les pose selon ses besoins et 10 jours à la main des salariés qui les posent selon le principe des congés annuels (2 x 5 jours). Cette organisation implique de faire travailler plus (112,5H de travail supplémentaire par salarié) pour donner du temps de repos supplémentaire qui nécessite un remplacement. Jusqu'au 1^{er} janvier 2021, les 15 JV étaient attribuées à chaque salarié CDI ou CDD de Saint-Cyr indépendamment de son temps de travail effectif. En parallèle, Saint-Cyr a mis en place une organisation d'auto-remplacement interne. Ceci pose problème dans la gestion des plannings. Les roulements ne sont pas homogènes (durée quotidienne de travail, poste occupé). Leur instabilité irrégularité est source de stress pour les équipes et a provoqué un glissement des tâches ainsi qu'un désengagement des équipes démotivées. La modification quotidienne des plannings impacte la qualité d'accompagnement ce qui favorise la perte de repères des résidents qui en pâtissent.

La volonté de fusion avec un gestionnaire national, exprimée par le Conseil d'Administration depuis 3 ans, participe également au désengagement des équipes. Le projet n'est encore au stade embryonnaire mais il est parvenu aux oreilles des équipes. La crainte formulée (par les salariés, les résidents et les familles) est de voir disparaître l'identité de Saint-Cyr ses valeurs ainsi que les avantages (primes, jours de récupérations,

⁴³ ARS Bretagne, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, mars 2019, p.24

⁴⁴ KPMG, Observatoire national des EHPAD, 2015

travail 1 week-end sur 3). Le projet a été amorcé en 2018 sous la précédente direction sans explication auprès des parties concernées. Enfin, il inquiète quant à la pérennité des postes. Cependant, il s'agit d'une opportunité pour l'établissement et ses résidents (réseau interprofessionnel, fonctions supports, ressources internes, centre de formation).

C) Le glissement de tâches impacte la qualité d'accompagnement

En mars 2018, dans son rapport d'information Sénatorial, Bernard BONNE, (qualifie un phénomène éminemment problématique : le glissement de tâches. Les cadres, du fait de l'absentéisme constant délèguent une partie de leurs responsabilités vers les cadres intermédiaires qui délèguent vers les chefs d'équipe (ou maitre de maison) qui délèguent eux-mêmes à leurs équipes. Ceci génère une pression supplémentaire due à de nouvelles responsabilités souvent subies. Cela génère de l'angoisse, de la fatigue qui se traduit par un accroissement supplémentaire de l'absentéisme, de la perte de motivation et mène inévitablement à une désorganisation. J'ai observé de nombreux glissements de tâches des professionnels qui n'exercent plus leur métier ou choisissent leurs missions puisque l'organisation « en fil de dentelle » de Saint-Cyr n'a pas évolué ces sept dernières années. Le poste d'après-midi, affecté à l'animation dans les unités de vie, s'occupe de tâches hôtelières parce qu'elles ne sont pas faites le matin (rangement du linge des résidents, vaisselle). Par exemple, les agents d'entretiens réalisent des toilettes sans avoir reçu de formation au risque de se blesser et de blesser un résident, des AS qui font le ménage tandis que les AHS distribuent des médicaments. Ce constat est lié à une distanciation hiérarchique. La précédente direction était peu présente sur l'établissement, de fait, les chefs de services (CDS) ont composé avec cette absence. Ceci s'est répercuté sur les équipes et s'est traduit par des fonctionnements différents et cloisonnés. L'IDE coordinateur (IDEC) pilote l'équipe infirmière déléguant son rôle de coordination des soins. Il se consacre à la planification et l'organisation du temps de travail. Il n'exerce pas de contrôle et n'assiste pas aux réunions de transmissions, ni aux réunions des services. Il s'agit de notre problématique managériale principale. En conséquence, la Maison Saint-Cyr compose son organisation et la revoit quotidiennement ; elle accapare les cadres et le service administratif pour pallier les absences. Pour compenser, chaque service est piloté, de facto, par une infirmière ce qui pose question dans l'organisation des soins parce qu'elles n'ont pas la main sur le planning ni la délégation d'autorité (contrôle et management) qui doit aller de pair avec ce rôle. Chaque IDE connaît essentiellement les résidents de son service et peine à intervenir dans les autres services. Seule l'IDE d'après-midi connaît l'ensemble des résidents. Ce qui donne à entendre : « *ce n'est pas moi qui m'en occupe, appelez le poste X* ». Elles coordonnent les soins de leur étage mais pas la vie sociale ni l'animation. Le lien entre « cure », « care » et « social » n'est pas effectif « Apporter une réponse concrète aux besoins des autres, telle est,

aujourd'hui, la définition du care »⁴⁵. En 2018, V. et E., IDE et AS, ont pris l'initiative d'écrire 11 fiches de tâches pour leur service afin de répartir le travail de manière équitable entre chaque salarié (4 postes du matin, 3 postes de l'après-midi, 4 postes du week-end). Cet engagement professionnel démontre une implication forte de l'équipe. Les fiches de tâches sont revues chaque jeudi lors de la réunion de fonctionnement du service. Je constate que les autres services n'ont pas exploité l'outil ni pris une telle initiative. Dans ce document, les résidents sont identifiés. Il est rédigé sur la base de leur rythme de vie (heure habituelle de réveil, préférence de l'heure de la toilette).

D) Une animation absente des unités de vie

J'ai constaté que les animations dans les services étaient très rares. Je me suis aperçu qu'elles étaient principalement collectives et avaient lieu soit dans la grande salle de réception au RDC soit en extérieur dans le parc. La vie sociale dans les unités de vie et les animations n'existent quasiment plus, effet dû au glissement de tâches, conséquence d'une absence de contrôle des chefs des service et d'une volonté de la direction passée de « ne pas faire de vague ». Rien le matin. Une animation lecture du journal avec un bénévole ou une dégustation de crêpes parfois l'après-midi, lorsque l'AS S. est en poste. Par le passé, l'animation était à la main des sœurs valides de la congrégation qui habitaient dans l'annexe au n°57 de la rue Papu. Aujourd'hui, la majorité réside dans l'établissement. L'animation est appuyée par une vingtaine de bénévoles actifs. La pandémie a fortement impacté les activités puisque la réglementation a isolé l'établissement de ces acteurs essentiels.

E) L'absentéisme croissant nuit à l'accompagnement des résidents

« *J'aimerais que quelqu'un vienne quand j'appelle* »⁴⁶. Les résidents se sentent parfois oubliés. Ils errent. Ceci est dû à une organisation qui n'a pas évolué. Les professionnels, désabusés, ne se reconnaissent plus dans leurs pratiques. Commandée par le médecin de la CARSAT durant la crise sociale 2018, une démarche d'évaluation des risques psychosociaux a été conduite par un cabinet externe poursuivie jusqu'en décembre 2020. A la question : « *êtes-vous satisfait de l'action que vous menez dans l'établissement* », la réponse majoritaire est « non » à 71% (40% disent avoir envisagés de quitter leur emploi, 70% des professionnels affirment être épuisés et 63% disent ne pas avoir confiance dans leur hiérarchie⁴⁷). La **fatigue s'explique par l'absentéisme**⁴⁸

⁴⁵ LAUGIER S., MOLINIER P., PATRICIA PAPERMAN P., Qu'est-ce que le care ? souci des autres, sensibilité, responsabilité, Payot, Petites Bibliothèque Payot, mai 2021

⁴⁶ Verbatim issue du recueil des besoins et attentes des résidents

⁴⁷ D.U.E.R.P. et analyse des Risques Psychosociaux, mai-juin 2021

⁴⁸ Cf. annexe 15 : Récapitulatif de l'absentéisme 2018 et 2019

élevé dans l'établissement (en moyenne, 1 poste vacant quotidiennement). Le service 2 est le plus concerné⁴⁹. Pourquoi ? Parce que les services ne correspondent pas à une organisation mais au bâti. Cette répartition de couloirs par service ne reflète pas la réalité du nombre de résidents ni l'accompagnement dont ils ont besoin⁵⁰. La charge de travail est corolaire au nombre de résidents, leurs pathologies et le nombre de salariés absents. En conséquence, les professionnels sont de plus en plus affectés par leur activité, qui s'accroît avec l'absentéisme (11 AS titulaires sont en AT au 01/02/21). L'**absentéisme** comparatif de l'exercice 2018 et 2019 révèle une **forte augmentation**. L'intitulé « Manutention de personnes » dans le DUERP est classé comme risque grave et fréquent. L'établissement a pour ce faire investi en 2018/2019 dans des rails de transfert pour aider les professionnels lors des déplacements des résidents (chambre → douche). Le DUERP mentionne « l'agressivité des résidents » comme un risque grave fréquent. Les soignants évoquent des coups et insultes portés par des résidents. Les EI sont très rarement signalés. Cela confirme mon analyse sur la mixité des populations, le besoin d'une offre adaptée afin d'apaiser les troubles. Elle me confirme également le besoin de formations spécialisées pour les salariés. Depuis 2018, aucune formation thérapeutique (collective ou individuelle) n'a été entreprise. Dans un contexte sanitaire qui a profondément touché la Maison Saint-Cyr, **l'engagement des salariés faiblit**. Due à une absence d'implication et de participation à l'élaboration des projets, ils ont perdu le sens de leur métier⁵¹. La question du bien-être est fondamentale. Pour les résidents, il s'agit de se sentir à l'aise dans un lieu de vie (sécurité, confort et socialisation). Pour les salariés, il s'agit de la qualité de vie au travail.

1.5.3 Un bâtiment immense dont la maintenance est à reprendre

Saint-Cyr, ancien couvent classé bâtiment de France, a été rénové en 1987. Sa configuration n'a pas été repensé depuis 34 ans. Il donne à voir **un aspect labyrinthique** pour les résidents, les familles et les salariés. Cette architecture majestueuse est étourdissante. Pour des résidents atteints de troubles neurocognitifs, l'absence de points de repère et l'environnement en ligne droite c'est anxiogène. Pour exemple : de longs couloirs aux peintures non harmonieuses dans les services (une kitchenette rouge dans un service aux couleurs grises, bleues et vertes) ou encore une signalétique non homogène et peu accessible (codes et nom des résidents), mais pas leur portrait. Or, les visages sont l'élément premier de l'identité d'une personne.

⁴⁹ Cf. annexe 18 : Affectation actuelle des équipes par unité de vie

⁵⁰ Cf. annexe 9 : Répartition de la population ayant des troubles cognitifs et déambulantes

⁵¹ Les préconisations de l'évaluation interne (2013) et externe (2014) invitent à décrire la méthodologie de réalisation et la réflexion pluridisciplinaire du projet d'établissement (art. 311-8 CASF)

Les unités de vie sont appelées « services » et numérotées de 0 à 4. Ceux-ci se décomposent en « zones » portant un nom identique d'un étage à l'autre. Ils ont une capacité de 4 à 22 chambres qui ont une identification alphanumérique « E04, H21 » à utilité strictement hôtelière. La configuration de l'architecture ne permet pas aux soignants de répondre aux sollicitations rapidement. Les EI de type « fugue » sont réguliers, de jour comme de nuit. Ils concernent toute sortie inopinée ou disparition. Il est arrivé que la cuisine ou la buanderie (au sous-sol) appellent un service pour signaler la présence d'un résident. Enfin les équipes parlent de « service » ou de « couloir » et non d'unité de vie. Pour amorcer une harmonisation des pratiques la décision issue d'une réflexion collective (mai 2021) a été de mixer les équipes. Les salariés identifiés comme moteur ont été répartis dans les différentes unités de vie. Les équipes ont été composées et un temps de travail pour mettre à jour les fiches de tâches est programmée en septembre 2021).

Le diagnostic logistique conclut à une vétusté importante des installations⁵². Il évoque également une absence de suivi d'entretien qui impacte la vie dans la Maison (fuites du toit, fenêtres qui ne se ferment plus, isolation thermique obsolète). La cuisine doit être rénovée. Une demande de remplacement des ouvertures est en attente depuis 2007. Le devis de l'époque chiffrait l'opération à 1 million d'euros. Puisque l'association est locataire les frais d'entretien du bâti et des installations (façade, toiture, chaudière) est à la charge du bailleur (la municipalité). Un travail est en cours avec celui-ci. La rénovation complète d'un tel bâtiment est faramineuse, estimée à 15 millions d'euros. En 2019, l'idée d'exporter l'activité dans un bâtiment neuf en dehors du quartier a été rejeté par la Mairie, le Conseil d'Administration, les résidents et les familles. La Mairie s'est engagée à financer une partie des travaux. Un diagnostic de réhabilitation est prévu en 2022.

La vocation sociale historique de la Maison Saint-Cyr est une évidence. Cependant, elle doit s'adapter aux évolutions de la société du public qu'elle accueille. Les besoins sans cesse croissant en matière de médicalisation, alliés à une composante RH et structurelle fragile, ne tiennent pas compte des attentes individuelles des résidents. La Maison Saint-Cyr a bâti son identité sur l'innovation et l'ouverture, la refonte du projet d'établissement est un moyen de réaffirmer ces valeurs

⁵² Société Ouest Facilities, Rapport du diagnostic logistique, décembre 2020

2 REFONDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT POUR ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES AUX BESOINS ET ATTENTES DES PERSONNES VIEILLISSANTES

2.1 La perception de la vieillesse, un âge complexe à définir

Retraité, personne âgée, vieux, 3^{ème} âge, 4^{ème} âge, grand âge, de nombreuses formules existent pour qualifier « ces cheveux gris »⁵³. Depuis l'antiquité jusqu'à nos jours la vieillesse est posée comme « l'âge » de la « maturité du corps et de l'âme »⁵⁴, de la retraite et de la dépendance. **Les mutations sociales et économiques de la fin du 20^{ème} siècle ont bousculé les logiques de solidarités familiales classiques** (NOWIK et LECESTRE-ROLLIER, 2015). L'EHPAD est une réponse économique et logistique posant débat. Une problématique apparaît : l'institutionnalisation comme réponse systématique à « centre courant » des orientations politiques promouvant une offre de service répondant au désir du « vieillir chez soi ».

2.1.1 La vieillesse à travers les âges, une considération citoyenne et économique depuis l'Antiquité jusqu'à l'Époque Moderne

Dans l'Antiquité s'oppose deux visions de la vieillesse. Selon Aristote, elle est atteinte à l'âge de 50 ans. Aristote introduit dans La Rhétorique la notion du doute, de la suspicion et de la crainte. Sparte introduit la notion de sagesse ; la vieillesse est considérée avec respect. Les citoyens âgés peuvent être élus à la « Gérousia⁵⁵ » pour gouverner la ville s'ils ont au moins 60 ans. **Au Moyen-âge, la vieillesse est déterminée par l'incapacité** de travailler, de diriger ou de subvenir à ses besoins. Les arts et la culture catholique construisent la représentation de la vieillesse. Le roi « à la barbe fleurie » mort en pleine gloire vers 70 ans, les figures bibliques telles qu'Abraham et Moïse en imposent. Dante estime que la vieillesse commence dès l'âge de 45 ans, ce qui fait écho à l'âge dit de vieillesse constatée chez les personnes en situation de handicap ou incarcérées⁵⁶. **A la Renaissance, la vieillesse n'existe qu'en opposition à la jeunesse**. Ronsard n'y fait allusion qu'en évoquant le temps qui passe⁵⁷. C'est pourtant à cette époque que l'on identifie des actions de prise en charge de la vieillesse en dehors des hospices religieux (retraite des marins, cotisations invalidité et décès dans les

« Plus vous montez, plus vous êtes fatigué et hors d'haleine, mais combien votre vision s'est élargie ! »
Ingmar BERGMAN

⁵³ SARDOU, M. « La Maladie d'amour », 1973

⁵⁴ BEAUVOIR S. La vieillesse, Gallimard, 1970, réédition Folio, 2020

⁵⁵ Gérousia : assemblée de citoyens gouvernants constituée d'élus pour 1 mandat unique d'un an

⁵⁶ DESEQUELLES A., « L'enquête HID-prisons », Courrier des Statistiques, n°107, 2003

⁵⁷ RONSARD P., « Quand vous serez bien vieille », Sonnets pour Hélène, 1578

collectivités de mineurs, construction des invalides, contrats de succession agricole). C'est à cette époque que naissent les premières initiatives sociales telles que les contrats de reprises d'exploitation agricole stipulant que les enfants devaient prendre leurs parents à charge ou, sous le règne de Louis XIV, avec la pension des Invalides pour les soldats français. C'est un angle politique et économique qui perdure jusqu'au 20^{ème} siècle.

Dans les années 1890, le député radical Léon BOURGEOIS développe une politique de « solidarisme⁵⁸ » et d'entraide. Il propose **une nouvelle articulation des rapports entre le citoyen, la société et l'État**. Sa pensée écrite dans Politique et prévoyance sociale (1914) a servi de guide philosophique sous la 3^{ème} République et donné naissance aux premières lois sociales (accident du travail, maladie 1898). L'évolution politique conduit l'État à adopter en 1905 une loi d'Assistance aux vieillards puis en 1910 la loi d'assurance sociale sur les retraites ouvrières et paysannes. En 1945, le Conseil National de la Résistance, ouvert aux revendications sociales, crée le régime général des retraites et la sécurité sociale.

A l'ère post industrielle, la vieillesse est atteinte autour de 60 ans, âge de la retraite puis âge minimal d'admission en EHPAD. Cependant, cet âge « limite » reste très incertain. Le **rapport Laroque** estime à 65 ans l'âge de la vieillesse, bien que son auteur ait reconnu « une limite très incertaine »⁵⁹. **Ce rapport questionne le vieillissement qui entre dès**

lors pleinement dans la sphère politique. Durant l'ère gaulliste, **la question se déplace du champ économique** (retraites et revenus faibles) **au champs social** (toutes les personnes âgées). Le rapport propose des idées novatrices que les lois contemporaines ont repris : **inclusion dans la société civile, adaptation de la société pour faciliter l'accès des personnes âgées aux services publics, lutte contre l'isolement, maintien à domicile, aide-ménagère**. Ces idées sont relayées par les municipalités dans « l'esprit de la commune »⁶⁰ à travers les lois de décentralisation (1981 -2004). Les départements deviennent maîtres des politiques sociales du Grand-âge. D'où la nécessité de refonder le projet d'établissement pour répondre à ces

« Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

⁵⁸ Le **solidarisme est une théorie morale et sociale** fondée sur le principe de solidarité entre les hommes. Elle pose la « responsabilité mutuelle qui s'établit entre deux ou plusieurs personnes (...) qui oblige tous les êtres humains les uns envers les autres, nous faisant un devoir d'assister ceux de nos semblables qui sont dans l'infortune ».

⁵⁹ Cf. annexe 4 : Extrait du Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse

⁶⁰ GUCHER C. L'action gérontologique municipale, Paris, L'Harmattan, 1998

enjeux⁶¹. L'accompagnement et le « prendre soin » sont à Saint-Cyr une priorité qui nécessite de refonder le projet d'établissement. Elle doit transformer son modèle d'accompagnement pour proposer une réponse adaptée et des dispositif spécialisé. Elle doit replacer la vie sociale, l'animation au centre de son projet parallèlement aux actes de soins afin de redevenir la maison qu'elle s'est engagée à être.

2.1.2 La conception sociologique de l'âge de la vieillesse dans la culture occidentale moderne

L'appréhension de la vieillesse dans la société française est influencée par différents courants politiques, sociologiques et psychosociaux. Depuis la fin du 20^{ème} siècle, des courants de pensées se sont succédé pour définir l'avancée en âge. Le dictionnaire Larousse définit le vieillissement par « l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort ». Or, la littérature anthropologique démontre que la vieillesse est davantage une construction sociale telle que le démontre les recherches de M. SEGALEN et C. ATTIAS-DONFUT⁶².

Henri BERGSON s'oppose aux théories aristotélicienne et cartésienne considérant la vie comme un schéma prévisible, déterminé et déductible. Il argumente une théorie intitulée « élan vital » qui définit l'évolution de la vie comme imprévisible et qui s'invente sans cesse. « Enfance, adolescence, maturité, vieillesse sont de simples vues de l'esprit, des arrêts possibles imaginés pour nous. »⁶³

Pierre BOURDIEU⁶⁴ propose un schéma analytique de stratification de la population par l'âge. Il constitue une succession d'âges de la vie sociale d'un individu. Des individus, nés à une même période, forment une génération qui évolue dans le temps. Il s'agit du processus sociologique de vieillissement. Une génération donnée dans une tranche d'âge donne un groupe d'âge. Les personnes âgées constituent un groupe hétérogène et socialement disparate. Il correspond à une ou plusieurs générations dans une période donnée. Il est donc important de distinguer : **la strate d'âge** (c'est à dire la construction sociale de cet âge), **le groupe de personnes âgées** (c'est-à-dire l'homogénéité du groupe ainsi que les évolutions politiques) et **le processus de vieillissement** individuel (c'est à dire le rapport à soi-même et au monde, autrement dit ses besoins et ses attentes). Au fil des décennies, ces « vieillards » de 1905 sont devenus des « retraités ». Une évolution politique de la question du vieillissement a défini de nouvelles formes de

⁶¹ Loi 2002-2, article 2

⁶² ATTIAS-DONFUT C., SEGALEN M., Grands-parents. La famille à travers les générations, Éditions Odile Jacob, 2007

⁶³ BERGSON H., L'Évolution créatrice, 1907, p. 311

⁶⁴ BOURDIEU P. « La jeunesse n'est qu'un mot », Questions de sociologie, Paris, Éditions de Minuit, 1984, p.143-145

vieilleses. Les « seniors » sont des quinquagénaires et sexagénaires actifs. Le « 3^{ème} âge » véhicule l'idée d'un âge d'or de retraités actifs ayant un pouvoir d'achat (1960)⁶⁵. Le « 4^{ème} âge » pour les retraités plus âgés, fragiles (1970). Enfin, le « 5^{ème} âge » définissant les personnes âgées dépendantes (1997) catégorisent une partie de cette strate sociologique selon ses besoins d'assistance.

Durant le 20^{ème} siècle, la vieillesse se transforme profondément. Elle devient une étape normale de la vie qui débute à la retraite suite à la mise en place de la sécurité sociale et du système de retraite. L'idée du bien vieillir (vieillir en bonne santé, dans de bonnes conditions) est un enjeu de taille d'autant plus que l'espérance de vie s'est considérablement allongée. Fin 1980', l'espérance de vie après la retraite était de 10-12 ans, aujourd'hui elle se situe autour de 25 ans. En Janvier 2011, l'IFOP interroge les citoyens : « Selon vous, à partir de quel âge sommes-nous vieux ? ». La moyenne des réponses situe la vieillesse à 69 ans. Les personnes moins aisées positionnent la vieillesse vers 65 ans contrairement aux cadres qui la situe vers 70 ans. Le sondage révèle que **l'âge de la vieillesse apparaît incertain** dans un même groupe d'âge et que **la condition sociale économique influe sur la perception de la vieillesse**. Elle porte une image de décrépitude dans une société qui ne parvient pas à la définir uniformément. Cette conception diffère des cultures d'Afrique où les personnes âgées sont appelées communément « doyen » ou « sage » s'ils ont une éducation avancée. En Chine, elle est synonyme d'indigence et de dépendance. La place des aînés diffère donc d'une culture à une autre, d'un État à un autre. Les travaux de ROSENMAYR (1994) poursuivi par ANTOINE et GOLAZ (2010) et SAJOUX (2015) pointent les différents développements conceptuels de l'action sociale entre les États. Quand les pays nordiques développent une action sociale publique ouverte à tous les citoyens supplantant l'aide familiale (« l'Etat providence » danois), les pays du sud comptent davantage sur l'entraide familiale qui vient appuyer l'action sociale publique insuffisante⁶⁶. La France, au carrefour de ces 2 conceptions a bâti après-guerre une aide sociale intermédiaire de manière à répondre aux besoins économiques du plus grand nombre. La dépendance des aînés devient une question politique passant de l'angle économique (1910-1970) à celui du social (1980-2000) puis du sanitaire (2009).

⁶⁵ LENOIR R. « L'intervention du 3^{ème} âge », Actes de la recherche en sciences sociales n°26, 1979, p57-82

⁶⁶ ANTOINE P., GOLAZ V. et SAJOUX Muriel, 2009. « Vieillir dans les pays du Sud : mieux connaître les solidarités privées et publiques autour de la vieillesse en Afrique », Retraite et société n°58 (2), p. 184-188 et ANTOINE P., GOLAZ V., 2010. « Vieillir au Sud : une grande variété de situations », Autre part n°53, p. 3-15 et SAJOUX M., 2015. « Introduction : penser les vieilleses à l'aune des diversités africaines », Mondes en développement, 171 (3), p. 7-10.

2.1.3 Évolution de l'appréhension de la vieillesse : de l'approche sociale à l'approche médicosociale

À la suite du rapport Laroque, l'État conditionne et coordonne une politique gérontologique nationale. Les réalités disparates du territoire conduisent à déléguer la mise en œuvre à l'échelle territoriale (départements). Le Conseil départemental conduit l'action publique qui lui est propre selon ses enjeux. Il est l'autorité de tutelle et de tarification auquel est adjoint l'ARS depuis 2010. Cette décentralisation a favorisé un rapprochement entre les acteurs et les bénéficiaires. Elles aboutissent aux lois légiférant la dépendance en 1997 et 2001. Elles créent puis réforment la Prestation Spécifique à la Dépendance (PSD) qui devient l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). Cette prestation sociale est versée aux personnes âgées proportionnellement à leur dépendance grâce à un outil spécifique : la grille AGGIR. Elle classe la dépendance en 6 catégories numérotées de 1 : grande dépendance à 6 : absence de dépendance. Les personnes qualifiées de dépendantes présentent un GIR compris entre 1 et 4. La dépendance devient un phénomène médical mesurable. Les résidents de Saint-Cyr sont tous bénéficiaires de cette aide. La création de la CNSA en 2004, après l'épisode caniculaire, ne remet pas en cause cette stratégie actuellement en vigueur. Dans son rapport annuel de 2007, elle propose une fusion des fonds alloués à la dépendance pour « un droit universel à l'autonomie » de manière à pourvoir aux besoins liés à la dépendance sans discrimination d'âge. Face aux inégalités territoriales les acteurs s'unissent pour favoriser, en 2020, la création du cinquième risque de la Sécurité Sociale : la branche autonomie pilotée par la CNSA. La vieillesse passe du champ social au champ sanitaire. Considérer les personnes vieillissantes selon leurs symptômes, leur dépendance et leur perte d'autonomie a conduit les gouvernements des années 2000 à promouvoir des lois afin de compenser la réalité biologique de l'affaiblissement des corps.

La prise en compte des besoins individuels intervient avec la loi 2002-2 et suivantes. L'expression d'un désir de vieillir à domicile et le financement des établissements conduisent les politiques publiques à favoriser le maintien à domicile. L'accent est mis sur la prévention, la construction d'un maillage territorial et l'intervention à domicile. Ce « **virage ambulatoire** » est alimenté par de nombreuses lois (ASV, ELAN) et dispositifs (Village landais, maison carpe diem, maison des sages). En 2018, HSTV, La Croix rouge et la Mutualité Française mettent en œuvre le programme de Service Renforcé et d'Aide Domicile en partenariat avec des acteurs historiques du domicile tel que l'ADMR pour faciliter le maintien à domicile, retarder l'entrée en EHPAD et réduire les hospitalisations. L'idée d'un « vieillir chez soi » vient interroger l'EHPAD, dans sa configuration actuelle. Face à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, il ne fait aucun doute que

l'EHPAD restera le mode d'accueil principal⁶⁷. Cependant, si les lois ont permis d'innover, Saint-Cyr n'a pas tenu le rythme qu'il avait dans les années 1990. Son organisation et ses dispositifs figés dans l'espace doivent être repensés avec méthode pour s'interroger sur les attentes des résidents et anticiper celles des futurs résidents. Pour se faire, Saint-Cyr doit revoir son regard sur la dépendance des personnes accueillies en rééquilibrant le rapport de son action sanitaire et sociale. Personnaliser la réponse nécessite de **porter attention à la personne** pour répondre à ses attentes (projets personnalisés) tout autant que ses besoins médicaux (projets de soin). Cela **nécessite de refonder le projet d'établissement**.

2.1.4 Une population vieillissante dépendante et en perte d'autonomie

La vieillesse est définie comme un état de santé outre l'âge et la capacité. Cette vision a conduit à une politique sanitaire de l'action sociale et médicale dont Saint-Cyr est fortement imprégnée. La **sanitarisation** définit la vieillesse comme une succession d'évènements liés à la santé et ancre la personne âgée dans un parcours médical ; cette pensée a conduit à l'adoption des lois HPST⁶⁸ et ASV⁶⁹. Ainsi, la société considère communément comme « vieux » une personne grabataire, dépendante ou démente en oubliant l'individu. Sartre ne disait-il pas « *l'enfer c'est les autres* » ?

A) La dépendance physique : une évolution politique et une gestion décentralisée

La question de la dépendance interroge dès les années 1970. Cette réflexion portée par les gériatres voit fleurir dans les années 1980-90 de nombreux rapports parlementaires et scientifiques. « Dans le domaine des personnes âgées, Anne-Marie GUILLEMARD a montré de son côté que la politique publique ne pouvait pas être considérée selon une logique purement descendante, des sommets de l'État vers les acteurs de terrain »⁷⁰. Certains, tel que la Maison Saint-Cyr, ont su jouer un rôle essentiel en mettant en œuvre des solutions d'accompagnement et de soin qui ont influencé les politiques publiques. Les retraités sont donc d'abord considérés par les politiques comme une catégorie économique. A-M. GUILLEMARD propose une classification stéréotypique des personnes âgées tenant compte de facteurs économiques, sociologiques et éducatifs⁷¹. Or, les personnes âgées correspondent à un groupe d'âge culturel hétérogène à un instant donné ; ceci implique que d'une génération à une autre les besoins, les opinions et les attentes diffèrent. Ainsi, à l'an 2000, la Fondation Nationale de

⁶⁷ BROUSSY L. L'EHPAD du futur commence aujourd'hui, Matières grises, mai 2021

⁶⁸ Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, 22/07/2009 :

⁶⁹ Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, 29/12/2015

⁷⁰ ARGOUD D. « La décentralisation de la politique vieillesse, vers une accentuation des inégalités ? », Gérontologie et société n° 123, avril 2007, pages 201 à 212

⁷¹ GUILLEMARD A-M. La retraite une mort sociale, Paris, Mouton, 1972

Gérontologie (FNG) propose une nouvelle lecture bâtie sur trois axes (nature des activités, niveau d'engagement et catégorie socio-culturelle des personnes).

Les besoins des personnes âgées reflètent également une disparité territoriale dans les politiques d'accompagnement. Remontés par les acteurs et les institutions au niveau national ils permettent une législation commune. Le secteur gérontologique connaît depuis 2002 une réforme de son action sociale et une mise en œuvre de politique qui aborde la vieillesse sous l'angle sanitaire. La Maison Saint-Cyr s'en est imprégnée : des effectifs essentiellement soignants (88 etp de soignants + 8,5 etp d'IDE) et une organisation opérationnelle priorisant des tâches de soins. Ceci prend le pas sur l'aspect social inspiré par la charte des personnes âgées. La Loi 2002-2 donne naissance à des outils indispensables tels que **le projet de vie personnalisé des résidents** et **le projet d'établissement ainsi qu'une charte des personnes âgées**. La loi HPST (2009) favorise la communication entre les acteurs médicaux et sociaux (appuyé par un dispositif mis en place en 2019 : le DMP⁷²). La loi ASV (2015) favorise une adaptation de l'espace public aux personnes vieillissantes, la loi Élan, favorisant des habitats adaptés, l'article 51 de la LFSS 2018 et la création du 5^{ème} risque de la Sécurité sociale en 2020 sont autant de réponses publiques face aux problématiques nouvelles rencontrées influencées par des courants de pensées divers. Une distinction peut être faite entre dépendance qualifiant les personnes dépendantes de +60 ans et handicap correspondant aux personnes dépendantes de -60 ans. Si la dépendance physique est alors un sujet de société, la dépendance psychique due aux maladies neurodégénératives est peu comprise. L'unique réponse est l'institution totale⁷³ jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle

B) La dépendance psychique : un tabou jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle

Si la dépendance physique est plus visuelle, plus naturelle, la dépendance psychique est alors un sujet tabou. On l'appelle la « démence sénile ». Ce n'est qu'au début du 21^{ème} siècle qu'elle devient un sujet de préoccupation réelle⁷⁴. Ces maladies représentent 60% des démences séniles recensées en EHPAD. Ce terme n'est apparu dans la littérature scientifique internationale qu'en 1980 et défini comme une détérioration progressive de la mémoire et des fonctions cognitives avec une évolution irrémédiable.

« L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois. C'est un riche devenu pauvre (...) » ESQUIROL

QUETEL CI. « Esquirol et la naissance de l'asile », Chapitre V, *Histoire de la folie*, Texto, Paris, (2012), p. 259 à 274. ESQUIROL J-E. est un psychiatre français (1772-1840) père de la loi du 30 juin 1838 instaurant l'obligation d'ouverture d'un hôpital spécialisé dans chaque département.

⁷² DMP : Dossier Médical Partagé

⁷³ AMOUROUX C. et BLANC A., Erwin Goffman et les institutions totales, L'Harmattan, 2001

⁷⁴ NGATCHA-RIBERT L. « D'un no man's land à une grande cause nationale », Gérontologie et Société n°123, 2007, p.229-247

Elle est déterminée par des critères issus d'études épidémiologiques et thérapeutiques (le DMR IV, 1996). Ces critères mettent en lumière la maladie d'Alzheimer que l'OMS définit comme « syndrome caractérisé par des déficits cognitifs multiples au sein desquels les troubles de mémoires sont nécessaires et prédominants. [Ils] restreignent l'activité du sujet par rapport à son activité antérieure et ne sont pas liés à une confusion ou à une affectation psychiatrique ». Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive. Cette démence est provoquée par des maladies telles qu'Alzheimer (65% des cas), Parkinson, AVC et syndromes Lewy, frontal. Elle est caractérisée en trois stades :

- Initial : perte de mémoire, perte spatiotemporelle
- Intermédiaire : oubli des événements récents et prénoms, difficulté de communication, aide à l'hygiène, changements comportementaux (errance, répétition)
- Final : inactivité quasi totale, troubles mémoriels importants, agressivité.

Les frontières entre les différentes formes de démences ne sont pas claires.

En 2020, elles touchent près de 1,2 millions de personnes en France. Elles regroupent diverses pathologies telles qu'Alzheimer, Parkinson, la sclérose en plaque et les maladies apparentées. En moyenne, 57%⁷⁵ des résidents en EHPAD ont une maladie neurodégénérative⁷⁶. **Cette population est en augmentation** et France Alzheimer prévoit une croissance importante de ce public d'ici 2030⁷⁷. Alzheimer et ses maladies apparentées bénéficient de deux plans ministériels de dépistage et d'accompagnement. Ils deviennent un chantier présidentiel sous N. Sarkozy. Elles bénéficient de l'innovation médico-sociale et se voit dotée d'outils et de dispositifs favorisant l'accompagnement des personnes ayant des maladies neuro dégénératives et des troubles neurocognitifs⁷⁸. Saint-Cyr est un exemple dans l'innovation vis à vis de cette population⁷⁹ au travers des dispositifs d'accompagnement et de prévention de ses maladies (le PASA créé 1989, l'accueil de Jour créé en 1991). Si le choix de ne pas créer une unité protégée au début des années 1990 se comprend dans la volonté d'ouverture, l'égalité républicaine dans

⁷⁵ France Alzheimer et Santé Publique France, les maladies neurodégénératives en France, 2019

⁷⁶ Les maladies neurodégénératives se caractérisent par une perte progressive des capacités physiques et cognitives (fonctions intellectuelles et mnésiques) qui se répercute dans les activités de la vie quotidienne

⁷⁷ BROUSSY L., Les personnes âgées en 2030. Matières Grises, 2019

⁷⁸ Les Troubles neurocognitifs sont une réduction significative et évolutive des capacités physiques et cognitives. Ils sont la manifestation d'une maladie neurodégénérative et empêche une personne d'effectuer seule des activités de la vie quotidienne (perte d'autonomie) : gérer son budget, ses traitements, faire ses courses, utiliser les transports, le téléphone.

⁷⁹ Cf. chapitre 1.3.1-A « une association innovante »

l'accompagnement, les études scientifiques du 21^{ème} siècle révèle la nécessité d'un accompagnement et d'un environnement adapté et différencié aux regards des besoins de ce public spécifique. Des dispositifs spécialisés ont été conçus dans ce but : Les Maisons Carpe Diem au Québec, La Maison des Sages en Allemagne, Le Village Landais en France. Inspiré par ces dispositifs, j'envisage une approche différente de l'accompagnement centré sur le rythme de vie des personnes en accordant du sens à leur acte, en intégrant les personnes dans une communauté. Cette conception se rapproche du concept de la Validation de Naomy FEIL auquel les salariés furent initiés en 1999. La Validation est une méthodologie d'accompagnement fondée sur l'empathie. Elle consiste à nouer le contact avec une personne en accordant un sens à son acte / attitude pour mieux comprendre la personne. Elle utilise des techniques de communication verbale et non verbale et une observation de l'environnement et de la personne. Cependant, elle considère la personne en tant que telle et omet la dimension sociale et communautaire de l'environnement. La pédagogie Montessori est à mon sens plus aboutie puisqu'elle intègre l'environnement (lieu et personnes, résidents et salariés) dans cette dynamique d'échange. Elle propose également de solliciter les personnes selon ses appétences pour stimuler son niveau de conscience et son autonomie. A cette fin, lui proposer de participer aux tâches (distribution du courrier, mise en place du déjeuner, animation d'une activité) permet de « raccrocher » le résident isolé dans un lieu et une temporalité.

C) La vieillesse dépendante et en perte d'autonomie, une construction sociale singulière face à une pluralité des vieillissements

Le **constructivisme social** définit la vieillesse par la relation de l'individu vis-à-vis des structures. C'est l'interaction de ses deux entités qui le catégorise. Ainsi, les politiques publiques et la réglementation considèrent qu'à partir de 60 ans, une personne est âgée ce qui lui ouvre des droits sociaux sous conditions

(retraite, fiscalité, aide à l'autonomie). Il s'agit de l'âge administratif de la vieillesse. Cette dimension sociale de l'âge avancé⁸⁰ est une composante majeure de notre regard sur le monde et les individus. Faire abstraction de l'âge est impossible. L'âge de raison, l'âge de la majorité, l'âge de la retraite sont des composantes sociales qui rythment la vie de l'Homme. On ne peut donc ignorer totalement l'âge comme élément définissant la vieillesse, car face à elle, nous sommes inégaux. Nous sommes vieux dans le regard de l'autre. Cette réalité influe sur notre moral, sur notre perception de nous-même. Elle peut être assumée comme une information factuelle « j'ai plus de 60/75 ans ». Elle peut être subie. **Subir, c'est renoncer à son libre arbitre** de décider, c'est porter sur son dos le



Figure 2 : « Selon un sociologue, la vieillesse n'existe pas », dessin de T. JOLLET, *LaNouvelleRépublique.fr*, 15/11/2014

⁸⁰ AUGÉ M, Une ethnologie de soi. Le temps sans âge, éditions Librairie du XXI^{ème} siècle, Seuil, 2014

poids des années, c'est perdre goût aux petits plaisirs quotidiens, c'est être porté par un courant vers une fin à laquelle personne n'échappe.

La vieillesse en tant que groupe d'âge apporte un éclairage sur la condition de ces retraités. Leur fragilité grandissante est à caractériser individuellement dans le processus de vieillissement. Les Hommes ne vieillissent pas de la même façon. La **dépendance porte avec elle une identité physique et sanitaire**, autrement dit médicale, qui est la « faculté à ne plus pouvoir réaliser une action seul »⁸¹. Elle occulte la notion relationnelle qui est une part constitutive de l'individu et partie intégrante de la mission de Saint-Cyr. **L'autonomie, étymologiquement, est la capacité de suivre sa propre loi**. Elle revêt donc un caractère cognitif et ce malgré des handicaps physiques. Savoir c'est être affirme Descartes. En conséquence, dépendance et perte d'autonomie sont deux éléments différents n'impliquant pas les mêmes choses et qu'il ne faut pas confondre. Une personne dépendante ne perd pas nécessairement en autonomie, une personne en perte d'autonomie n'est pas nécessairement dépendante. C'est d'ailleurs pour cela que la dotation financière contient deux volets, l'un pour la dépendance : le **GMP** soit le GIR moyen pondéré, le deuxième pour la perte d'autonomie et les besoins médicaux : le **PMP** soit le besoin médical moyen.

La représentation de la vieillesse correspond selon la sociologie aux activités réalisées par les personnes âgées. La vieillesse apparaît donc comme plurielle dépendamment de l'aire culturelle, de l'environnement et de la situation socio-économique des personnes âgées (HORN et SCHWEPPE, 2016). En premier lieu, elle se définit par opposition à la jeunesse. L'âge est donc un premier facteur définissant la vieillesse, mais le plus arbitraire. L'état de santé en est un deuxième, significatif, qui permet d'évaluer le degré de dépendance et de perte d'autonomie. Les personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives perdent en autonomie de façon inégale et croissante. Enfin, le troisième facteur est un « triptyque **social** » qui mêle étroitement la relation à son espace, la relation aux autres et la perception du monde extérieur. Ces facteurs construisent l'identité propre de l'individu selon une « étiquette » stigmatisante et stéréotypée. Notre regard banalise les symptômes courants (perte de mémoire, dépendance, maladie, faiblesse)⁸². Ceci fragilise et précarise davantage encore cette population. **La vieillesse est multiple** puisque chaque individu vieillit de façon inégale par rapport aux autres **il me paraît plus approprié de parler de personnes vieillissantes** que de personnes âgées.

⁸¹ ENNUYER B. Les Malentendus de la dépendances, Paris, Dunod, 2002

⁸² Cf. annexe 12 : Fréquence des mots associés à Alzheimer

2.2 Le domicile, une composante de l'identité individuelle

« Sans la maison, l'Homme serait un être dispersé (...) l'habitat est un grand berceau. » – Gaston Bachelard⁸³

2.2.1 L'isolement et la solitude d'une population vieillissante

Si les personnes de +80ans sont loin d'être toutes dépendantes, les études récentes montrent qu'elles sont de plus en plus fragiles⁸⁴. L'affaiblissement physiologique en est la principale cause. Elles démontrent un repli progressif sur l'espace domestique et une diminution de la sociabilité. C'est communément autour de cet âge charnière que l'on constate une entrée en EHPAD. Ce repli sur le domicile n'est pas nécessairement négatif. Il est valorisé et **considéré comme « un repère et un repaire »**⁸⁵. Les personnes âgées s'y sentent en **sécurité**, un bouclier contre les agressions externes. C'est également le lieu de leur **identité**. Il est le fil rouge conducteur de leur existence passée et forme la continuité avec la personne qu'elles sont aujourd'hui. De plus, c'est un lieu **intime**, une galerie rassemblant leurs **souvenirs**. Enfin c'est un lieu **imprégné des habitudes** et qui se traduisent dans son agencement mobilier. C'est un point d'ancrage et de stabilité.

Il existe une mobilité des aînés, mais rares. Ces personnes sont très attachées à leur domicile et en changer, alors qu'elles s'y sentent bien, est une épreuve. Un déménagement ou l'entrée en institution peut être source de stress et conduire à une **déprise**⁸⁶. Ce phénomène sociologique est un mécanisme de protection psychologique et émotionnel de soi marqué par l'avancée en âge. Il se résume par une perte d'intérêt dans les activités de la vie quotidienne. Celui-ci conduit à **l'isolement** : « situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger »⁸⁷.

Un élément commun aux personnes de +80 ans est la baisse de la sociabilité. La **solitude** trouve son origine à la croisée de deux facteurs : l'amointrissement du réseau social et le sentiment d'être étranger au monde⁸⁸. L'âge avançant, les personnes décèdent (conjoint, amis, famille) et celles qui restent se retrouvent de plus en plus seules. Les décès réduisent les réseaux sociaux, affectent moralement et expliquent le repli sur soi conduisant à la solitude. L'isolement familial concerne une personne sur huit de +80 ans et une personne sur six pour les +90ans. Elles ressentent un déficit affectif et

⁸³ BACHELARD G. La poétique de l'espace, Paris, PUF, 5^{ème} édition, 1992 p.26

⁸⁴ LALIVE D'EPINAY C., SPINI D. Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans, Québec, Presses de l'université Laval, 2008

⁸⁵ VEYSSET B. Dépendance et vieillissement, Paris L'Harmattan, 1989

⁸⁶ AMYOT J-J., Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 4^{ème} édition, 2016

⁸⁷ Définition de l'isolement social par l'association Mona-Lisa

⁸⁸ CAMPEON A. « Vieillesse ordinaires et solitudes », Gérontologie et société n°138, 2011, p. 217-229

relationnel que la télévision et la radio peinent à combler⁸⁹. Le domicile est un lieu essentiel de la vie d'un individu. L'accession à la propriété et le désir de fonder un foyer sont des envies fortes. **C'est pourquoi, Saint-Cyr a choisi le mot « maison »** plutôt que résidence afin de porter non seulement **la vertu d'hospitalité et d'accueil de la congrégation mais également porter l'idée d'un nouveau domicile**. Le projet d'établissement doit porter cette ambition de faire le lien entre l'ancien et le nouveau domicile ce qui favorisera les liens sociaux internes et avec les familles.

2.2.2 Le domicile, un facteur identitaire prégnant

L'architecte Fany CERESE, dans une contribution à la revue « Réflexion immobilière »⁹⁰, explique en effet combien « habiter » est un besoin générique de l'être humain et précise que « habiter se différencie d'être hébergé par la sensation d'être « chez soi », de s'approprier un espace à vivre et pour vivre ».

A) Avoir et habiter, une étymologie du soubassement de l'identité de l'Homme

L'habitat est étymologiquement rattaché à la racine latine de « *habere* » qui signifie *avoir*. L'évolution linguistique donne « *habitare* » qui signifie *habiter*. En poussant l'étude linguistique, *habiter* donne *habit* (le vêtement) et *habitude* (coutume). L'habitat est donc un besoin primordial, nécessaire à la condition d'Homme. Il est un abri protecteur, un vêtement protégeant son corps, un lieu lui permettant de se recentrer sur lui-même, un lieu d'expression de ses coutumes. L'habitat est un bien qui sert qui s'acquiert et se transmet. L'habitat revêt donc un caractère social et identitaire. La notion d'habiter bénéficie d'une large reconnaissance légale notamment avec l'article 25.1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen (1948).

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (1948), art.25-1

Depuis 1948, le logement est constitutionnel. Cette affirmation démocratique est déclinée à travers différentes lois (1982-2018), instaurant l'habitat comme droit fondamental, favorisant l'accession au logement pour le public défavorisé, définissant la qualité du logement, ainsi que l'aménagement des nouveaux logements pour les populations fragiles et enfin sur les logements partagés adaptés aux personnes vieillissantes et en situation de handicap. L'habitat **porte un rôle social, constitutif de l'identité individuelle**. Le

⁸⁹ DESESQUELLES A., Le réseau familial des personnes âgées. Voisiner au grand âge, Paris, Dunod, 2004

⁹⁰ CERESE F. « Les apports de l'architecture pour que les EHPAD entrent dans une logique domiciliaire », Réflexions immobilières, n°85, 2018

philosophe canadien Charles TAYLOR⁹¹, développe une réflexion autour de la politique de reconnaissance dont le logement est un facteur important. Il soutient que démunis de celui-ci les individus subissent un déficit de reconnaissance et s'excluent de la société.

Objectif 1^{er} : Faire de l'EHPAD un lieu identitaire

B) Habiter, une nécessité anthropologique : de l'abri au foyer

La notion d'habitat est une notion anthropologique fondamentale de la construction de l'humanité et de l'Homme. Depuis la préhistoire, l'habitat est un abri, car sa seule fonction est de protéger l'Homme des agressions extérieures (le repaire). La sédentarité de l'être humain est concomitante de la découverte du feu. Ne sachant pas le créer, il fallait le cultiver ; imposant de revenir s'abriter autour du foyer, ce terme glisse dans le langage commun pour définir l'essence de l'habitat : un espace rassurant de l'expression de l'identité propre et de la famille. L'habitat devient un lieu de vie dans lequel l'Homme s'épanouit et y fonde, communément, une famille. Il y vit, y accumule et y expose des souvenirs. C'est le lieu où il dévoile ses émotions, son « soi véritable ». **L'habitat revêt un caractère intime.** L'Homme s'installe dans le temps et dans l'espace. Il y prend des habitudes. Il s'enracine et reçoit le monde extérieur. Dans son foyer, l'homme regarde le monde, le juge et l'invite. C'est une fenêtre qu'il ouvre et ferme à son gré. **L'habitat revêt donc un caractère culturel.**

Objectif 2nd : Faire de l'EHPAD un lieu de vie culturelle

C) « J'habite donc je suis »⁹²

Je sais d'où je viens. Je sais où je vais. Mais pour bâtir cette réflexion j'ai besoin d'un repère : où suis-je ? Le logement définit l'identité de la personne en lui permettant de se situer dans le monde (le repaire). Cette notion fondamentale de l'ubi⁹³ est parallèle aux fondations de l'habitat. De cette manière, l'homme peut prendre le temps de **réaliser une introspection constructive de son identité et prendre soin de lui.** « *Cogito ergo sum* »⁹⁴. Un raccourci simplifié que je transcris par : **habiter c'est être.** Être soi-même. Être, dans le regard de l'autre, qu'il soit familial ou invité. C'est être par définition vis à vis du monde que l'on observe. Selon Aristote, l'Homme est un être en perpétuel devenir. Cela implique une quête de l'identité. Conscient de sa finalité, l'Homme construit et agit. De là, naît une inquiétude qui s'épaissit avec les années. Ses activités ordinaires participent à la construction de son identité. Habiter c'est donc faire pour être. L'habitat devient alors la projection du soi. A l'intérieur, on décide, on y fait ce que l'on veut.

⁹¹ TAYLOR Ch., LENOBLE J., DEWANDRE N., « Quel principe d'identité collective », L'Europe au soir du siècle, Identité et démocratie, ouvrage collectif, Paris, Esprit, 1992, 323p.

⁹² BERNARD N. J'habite donc je suis, Éditions Labor, Bruxelles, 2005

⁹³ Lat. : « où suis-je ? »

⁹⁴ Lat. « Je pense donc je suis », DESCARTES R., Discours de la Méthode, 1637

Habiter c'est être libre. Cette protection est également une préparation à la finalité de la vie. Heidegger⁹⁵, le premier, développe l'idée de la fonction de recueillement de l'habitat. Il est le lieu où l'homme peut préparer sa fin. « *La demeure est un perpétuel ajournement de l'échéance où la vie risque de sombrer* »⁹⁶. Être démuné de ce dernier c'est être confronté à un vide angoissant ; à l'inconnu. **Habiter c'est donc avoir une maîtrise (relative / illusoire) sur le temps.**

Objectif 3^{ème} : Faire de l'EHPAD un lieu personnel et rassurant

2.2.3 « Vieillir chez soi », favoriser le libre arbitre et mettre en œuvre les moyens de décisions pour les résidents

Les politiques publiques actuelles⁹⁷ s'orientent de plus en plus vers des solutions à domicile au titre de la liberté de choix, de l'inclusion de la personne âgée dans la société, et de la nécessité de l'adaptation de la société au vieillissement. Le rapport Piveteau-Wolfrom⁹⁸ intitulé « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ! » Impulse dans la continuité de la loi ELAN, l'habitat API (Accompagné, Partagé et Inséré dans la vie locale). Le rapport propose un mode d'habitat qui **permet à chacun de « choisir sa voie et son lieu de vie dans un environnement accueillant et bienveillant »**, avec un « accompagnement de qualité » et ce « au cœur de la vie locale » **avec pour objectif de vivre chez soi sans être seul.** Cette réflexion intégrée permet d'envisager la transformation du modèle actuel vers le modèle du futur. Des expérimentations françaises et internationales peuvent nous inspirer dans leur modèle d'accompagnement et d'architecture. Celles-ci correspondent aux ambitions de l'évolution et de la diversification de l'offre de la Maison Saint-Cyr.

Bénéfice : garantir un accompagnement favorisant la continuité de parcours de la personne et la relation entre les différents dispositifs et acteurs

A) L'EHPAD hors les murs : un service d'accompagnement renforcé à domicile

L'initiative de l'association HSTV, à travers l'article 51 de la LFSS 2018⁹⁹, propose d'externaliser les services de l'EHPAD Saint-Louis de Rennes au domicile des personnes âgées¹⁰⁰. Cette offre de service est appuyée par un réseau départemental gérontologique en partenariat avec la Fédération départementale de l'ADMR (SAAD et SSIAD). Ce

⁹⁵ HEIDEGGER M., Être et temps, 3^{ème} volume, Paris, Gallimard, 1969, p.386

⁹⁶ LEVINAS E. Totalité et infini, essai sur l'extériorité, Paris, Edition de poche, 2000

⁹⁷ CD35, Schéma départemental pour l'autonomie, 2014-2019, p.161 et suivantes et ARS, Plan régional de santé, 2018-2022, p.153-154

⁹⁸ PIVETEAU D., WOLFROM J. Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !, juin 2020

⁹⁹ L'article 51 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits permettant de décloisonner le système de santé français et d'inciter à la coopération entre les acteurs. Ces expérimentations ont également un objectif d'efficience et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins.

¹⁰⁰ HSTV, Expérimentation d'EHPAD hors les murs, 12-déc.-2019

modèle prometteur laisse présager de nouvelles modalités d'accompagnement permettant à Saint-Cyr de pouvoir proposer une solution d'accompagnement au personne peu dépendantes qui déposent régulièrement des demandes d'admission ainsi qu'une modalité de suivi d'accompagnement pour les usagers de l'accueil de jour et de la plateforme de répit.

Bénéfice : proposer un accompagnement de qualité a des personnes vieillissantes peu dépendantes et préparer l'entrée en EHPAD

B) Les habitats inclusifs : un logement intermédiaire prévenant la perte d'autonomie

L'habitat inclusif tel que défini par la loi Élan du 23 novembre 2018 est « destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes (articles 45 et 129). Ces habitats sont souvent des constructions neuves (64 logements existent et 48 de plus d'ici 2022¹⁰¹) soutenues par des bailleurs publics comme Archipel Habitat, Aiguillon Construction (Rennes) ainsi que des réseaux privés. De ce fait, encadrées par la loi, elles répondent aux normes actuelles face à la perte d'autonomie. Dans cet esprit d'habitat partagé, **Saint-Cyr a élaboré un projet de logement intermédiaire** destiné à accueillir des personnes vieillissantes peu ou pas dépendantes (GIR 5 et 6). En 2018, la mairie de Rennes nous informe de la possibilité de récupérer une aile du bâtiment occupée initialement par les sœurs de la congrégation. Les difficultés sociales ajoutées à la pandémie de COVID-19 ont suspendu ce projet.

C) Les Services d'Aide à Domicile et l'Équipe Spécialisée Alzheimer : l'accompagnement fondé sur le rythme de vie des personnes âgées

Le rapport Libault (mars 2019) introduit la notion d'habitat intermédiaire comme une « offre qui doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes ». Cette offre sort du dualisme et du cloisonnement entre EHPAD et domicile pour proposer à la personne âgée une gamme de solutions intermédiaires (résidence autonomie, résidence services, habitat inclusif et intergénérationnel, accueil familial, etc.). Les **services d'aide à domicile** (SAAD), définis par l'article D.7231-1 du Code du travail, représentent 50,4% de l'activité nationale. 62,4% des activités proposées concernent l'assistance aux personnes âgées. Tout comme les EHPADS, ces services sont soumis à une autorisation départementale. **Les aides à domicile offrent une flexibilité d'intervention qui s'adapte en grande partie au rythme de vie des bénéficiaires.** En conséquence, ce modèle propose une offre de service « idéale » aux personnes âgées, dans le confort et l'intimité de leur foyer que ne proposent pas les EHPAD. Pour répondre à cette demande, les SAAD et SSIAD captent une part importante de professionnels. Ils

¹⁰¹ Source : ille-et-vilaine.fr, L'habitat regroupé et Ouvertures 2023

emploient 33% d'AES. Cela explique en partie les difficultés de recrutement de Saint-Cyr et des autres établissements dans la recherche de professionnels diplômés. En effet, un établissement collectif, pour fonctionner, est **soumis à une organisation rigoureuse qui doit aujourd'hui se repenser**. La réflexion de l'organisation, comme le stipule la loi 2002 doit s'appuyer sur les besoins et le respect des personnes. Ceci implique de prendre en compte leur rythme de vie.

L'intervention des **Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA)** se fait sur prescription médicale. Elles sont pilotées par des SSIAD. L'objectif des interventions est de maintenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées le plus longtemps à domicile. Leurs limites sont des interventions ponctuelles, sur une durée de 12 à 15 séances réparties sur 3 mois, renouvelables annuellement. **Ces interventions sont plus adaptées à des personnes diagnostiquées en début de maladie** qui ne nécessitent pas un accompagnement quotidien. Ce dispositif, serait idéal pour La Maison Saint-Cyr, dans le cadre de son projet d'habitat intermédiaire en nouant un partenariat avec un SAAD, SSIAD et CSI.

Bénéfice : proposer un accompagnement alternatif et transitoire entre le domicile et l'EHPAD et permettre aux nouveaux usagers de bénéficier du plateau technique interne

D) Les maisons, un habitat entre habitat partagé, résidence autonomie et EHPAD

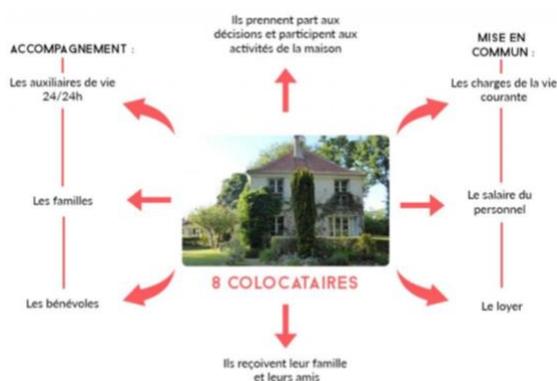


Figure 3 Modélisation économique et relationnelle de la Maison des Sages

En 1995, l'association Les petits Frères des Pauvres créent en Allemagne la « Maison des Sages »¹⁰². La même année, au Canada, la Société Alzheimer de la Mauricie¹⁰³ décide de créer la première Maison Carpe Diem (MCD). Ces modèles proposent un habitat partagé alternatif à l'EHPAD, sur le principe de vie en colocation. Ils s'adressent aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées qui ne peuvent plus vivre à domicile. Un espace de nuit, individuel et des espaces

communs. Elles abritent entre 6 et 14 personnes dans une maison ou un grand appartement adapté à la perte d'autonomie, en milieu urbain le plus souvent. La vie quotidienne s'y déroule « normalement ». Les tâches ménagères et les dépenses courantes sont partagées à part égales entre les habitants. Une auxiliaire de vie est présente 24h/7j. Le suivi médical est assuré par le médecin traitant, comme à la maison. Les familles rendent visite à leur parent à toute heure et participent au repas. L'objectif est « d'organiser ses services en fonction des besoins identifiés dans la communauté et qu'il peut continuellement les adapter selon l'évolution spécifique de la situation de chaque

¹⁰² Deux habitats partagés existent en France : Hauts de France et Yvelines

¹⁰³ Région administrative québécoise située au Nord de la ville Trois-Rivières.

personne. »¹⁰⁴. Ce type d'accompagnement est conçu comme un lieu de vie ergonomique avec une organisation souple permettant un accompagnement adapté à travers divers dispositifs intégrés : soutien à domicile, équipe mobile, accueil diurne, hébergement courts et longs. Le résident peut à tout moment sortir de la résidence, aucun sur les ouvertures. Ces innovations trouvent un écho en France. Les Maisons de Crolles (Isère), les Maisons des Sages (Haut de France et Yvelines). Ces modèles ont inspiré une innovation unique, un village Alzheimer, alliant vie citoyenne et collective avec une méthodologie d'accompagnement individuel.

Bénéfice : favoriser l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans un lieu de vie adapté

E) Le village landais¹⁰⁵, un exemple inspirant d'un habitat adapté à l'échelle d'une cité

Le 11 juin 2020, les portes du Village landais Alzheimer (5 hectares) ouvrait ses portes. Il accueille 120 personnes vieillissantes, en perte d'autonomie, atteintes de la maladie d'Alzheimer, dans des maisons adaptées de 300m² pouvant accueillir 7 à 8 résidents chacune. Des studios familiaux sont à la disposition des familles. Pour recréer un « esprit village », une place centrale a été créée. « La Bastide » regroupe : un café-restaurant, une épicerie, une médiathèque, un salon de coiffure, une salle de sport et un centre de soin. Une ferme, un potager et un parc paysager complètent l'environnement. Un centre de recherche scientifique est également installé. Accompagnés par 120 professionnels, les résidents y circulent librement. Des commerces et lieux d'activités ont été créés pour lui donner un esprit « village ». Enfin, 120 bénévoles actifs viennent en appuis ; c'est un atout exceptionnel quand on connaît la difficulté de mobiliser quelques bénévoles dans nos établissements. Ceci donne un ratio de deux aidants par usager. Un taux qui fait pâlir d'envie. Cette innovation du Conseil départemental des Landes a nécessité 28 millions d'euros (soit plus de deux fois le prix de construction d'un EHPAD classique). Cependant, il a un coût de fonctionnement annuel de 6,7 millions d'euros pour un tarif journalier de 65€, sensiblement équivalent à celui de Saint-Cyr.



*Nous allons voir les patients dans leur maisonnée. Ils sont chez eux. »
Dr F. LAVILLE – Médecin*

Le domicile est un élément constructif de l'identité. Il est l'**abri et le repère** dans lequel il se protège des agressions extérieures. Avec l'âge, il est de plus en plus sensible, de plus en plus fragile. **L'habitat est également un repère culturel et social** facteur de son identité. Dans un quotidien où les activités sont centrées sur son bien-être devoir le quitter est parfois un déchirement. Les innovations précitées montrent la possibilité de transformer le modèle de l'EHPAD actuel en un lieu de vie proposant des services

¹⁰⁴ [Site Carpe Diem](#) – Centre de ressources Alzheimer rubrique « A propos de nous »

¹⁰⁵ Témoignage des équipes : <https://www.youtube.com/watch?v=OYA3AK9bZzc>

d'accompagnement diversifiés pour allier souhaits des personnes et nécessité logistique et financière répondant à la fois aux souhaits des personnes vieillissantes dans la continuité des orientations politiques.

Bénéfice : recréer les conditions de vie du domicile dans un environnement adapté

2.3 Garantir l'individualité et les relations sociales au sein de l'EHPAD

Comment préserver l'identité et la singularité de chacun dans un espace collectif ? Lorsque l'admission en EHPAD devient nécessaire, pour éviter une aggravation de l'état de santé ou une hospitalisation d'urgence. Il devient primordial de veiller à la continuité du sentiment du « chez soi » tel quel le propose le modèle des Maisons présentés ci-dessus. Il doit proposer une organisation flexible pour répondre aux attentes d'une population fragilisée et hétérogène. Dès lors qu'une admission est programmée, un bouleversement s'opère et génère un stress. Les relations sociales des personnes dépendantes en EHPAD sont multiples. Les relations avec la famille et les amis, les relations avec le personnel de l'établissement et enfin, les relations entre résidents.

2.3.1 L'admission en EHPAD, d'un rythme de vie individuel à celui d'un collectif

L'admission en institution est différente selon le type de retraite vécue. Pour les retraités actifs, le rythme de vie imposé est problématique (diachronie). Pour les retraités retranchés, il s'agit des relations sociales. L'entrée en EHPAD porte un risque de dépersonnalisation et de dépossession. Il déconstruit les habitudes individuelles pour favoriser l'organisation collective. Il extrait le résident de son repaire pour le plonger dans un environnement plus grand. Il rompt sa solitude en le plaçant à côté d'autres personnes. Il lui retire ses biens dans lesquels sont inscrits ses souvenirs. **Un pont est à bâtir entre ces deux rives**, du domicile et de l'institution. Ce pont seul, comme le dit Heidegger, ne suffit pas à faire le lien. **C'est la traversée qui permet de réunir le domicile et l'institution**. La traversée, le chemin fait le lien. Cette idée fait écho à la loi HPST qui organise les modalités du parcours de santé du résident. Pour se faire, cette orientation philosophique (identité) et éthique (dignité) Saint-Cyr doit refonder son projet d'établissement faire le lien entre les attentes des résidents et les réponses adaptées.

Lorsque la dépendance et la perte d'autonomie surviennent, la possibilité du maintien à domicile est le premier choix des personnes âgées, ce qu'a favorisé les orientations politiques par le déploiement d'une multitude de dispositifs. Cependant, l'admission en EHPAD peut être nécessaire. Si elle est parfois désirée (par anticipation de l'isolement social, d'un rapprochement familial, ou le souhait d'épargner à un proche une aide pesante), la transition, réfléchie et voulue se déroule alors paisiblement. La personne vieillissante peut alors faire le « deuil » de son foyer et se préparer à en retrouver un autre – pourvu que le processus d'admission soit chaleureux et rassurant. Toutefois, elle est

majoritairement souvent demandée par la famille, un tuteur ou un médecin. Souvent contraintes, les personnes dépendantes nécessitant une admission en EHPAD vivent alors une déchirure profonde. Elles ont le sentiment d'être dépouillée de leur identité propre. La question de la recherche active du consentement de la personne est réelle, tout autant que la résignation de ces nouveaux résidents.

Cette nécessité pose alors un questionnement éthique : comment accompagner une personne « contrainte » d'entrée en EHPAD dans le respect de la dignité humaine en respectant ses choix ?

Bénéfice : se sentir chez soi

2.3.2 Reconnaître l'individu comme sujet grâce au projet personnalisé

Saint-Cyr conçoit les difficultés liées à l'âge selon l'identité de chacun. Ce qui fait l'individu est son histoire. Il apparaît que les parcours de vie, qui pour chaque résident est le socle du « soi » est peu connu des équipes ; c'est-à-dire qu'il n'est pas inscrit dans le dossier du résident. Dans les faits, les soignants titulaires connaissent avec finesse les résidents. La mutualisation des connaissances n'est pas opérante pour les salariés remplaçants et intérimaires. Il nous faut tenir compte de l'identité et de l'histoire du résident dans son projet personnalisé afin de garantir un parcours fluide, d'autant plus pour les résidents déments. L'expérience de la dépendance et de la maladie se mesure non par des changements de comportements que l'on peut qualifier de strictement individuels (comme séparables du contexte dans lequel ils s'exercent), mais au contraire, elle apparaît dépendante des relations dans lesquelles ces malades sont engagées. C'est la question du « soi » et de son maintien ou de sa détérioration. Les travaux de SABAT et HARRE (1992) apportent une précision sur l'identité de la personne malade notamment chez les personnes atteintes d'Alzheimer. On y distingue dans l'identité de la personne deux « soi ». Ils concluent qu'*« il existe un soi, une singularité personnelle, qui reste intacte en dépit des troubles dus à la maladie, et il existe un autre aspect de la personne, les « soi » qui sont socialement présentés comme un résultat de la maladie. Dans ce second cas, la perte du soi est directement liée à rien de plus que les moyens par lesquels les autres perçoivent les malades Alzheimer et agissent envers eux »*. Dominique LE DISERT JAMET (1995), distingue la personne libre et autonome, capable de contrôler son environnement et de diriger ses actions par une autre conception « *plus sociologique qui conçoit l'identité comme le produit de l'interaction individu-société* ». Les politiques publiques, la société, le corps médical, les familles ont toutes une image de la vieillesse différente qui renvoient à des appréhensions, des symptômes ou des dispositifs. Accompagner une personne désorientée c'est donc avant tout le reconnaître comme personne, dans sa globalité, son histoire, ses expériences, son prénom, ses envies et ne pas le réduire à ses symptômes.

2.3.3 Une mixité qui ne favorise pas la sérénité des résidents Alzheimer

Préserver et respecter le peu d'autonomie et de vie personnelle comme le souligne P. PAILLAT¹⁰⁶ « est l'indicateur le plus significatif de la qualité de vie, au-delà des handicaps qui, de toute façon, entravent (...) la liberté de la personne vivant chez elle (...). Cette part d'autonomie n'est pas seulement une question de m² disponibles ou de cloisonnement de l'espace au sein de l'établissement. C'est la possibilité de recréer son monde, son univers propre. C'est aussi une réaction de dignité pour celui ou celle qui souffre psychiquement de constater sa détérioration ». Si recueillir le parcours de vie des résidents est essentiel, favoriser l'assimilation de l'EHPAD à un foyer personnel l'est tout autant pour recréer ce sentiment de « chez soi » nécessaire au bien-être. Rappelons que « se sentir chez soi » est le 3^{ème} critère issu du recueil des attentes des résidents. Se sentir chez soi favorise également la confiance et l'assurance et facilite l'accompagnement dans le maintien de l'autonomie, mission de l'établissement. L'autonomie « c'est le droit de se gouverner par ses propres règles à l'intérieur d'une collectivité et d'agir librement »¹⁰⁷. Ce droit est garanti par la loi 2002-2, ainsi que dans le projet d'établissement et la Charte des droits et libertés du résident. Nous nous devons de mettre en œuvre les moyens de le garantir.

Le projet d'établissement (2015) mentionne dès son introduction que la moitié des résidents accueillis ont des troubles neurocognitifs prenant le parti de mixer les personnes dépendantes et désorientées dans les unités de vie. L'argument d'un accompagnement pour tous est avancé. Cependant, l'environnement est l'un des facteurs clefs influant sur les troubles neurocognitifs des résidents. Des unités protégées développées dans les années 70 sur le modèle de l'hôpital psychiatrique, existent sous de nombreuses formes. Elles proposent toutes un environnement physique rassurant, avec peu d'hébergement (en moyenne 14). « Elles ont été développées sur l'hypothèse qu'un environnement 'adapté' diminuant la perte d'autonomie fonctionnelle et améliorant la qualité de vie des patients » (REIMER, SLAUGHTER). Tenir compte du rythme individuel est nécessaire. L'idée d'aménager une unité de vie protégée pour favoriser l'accompagnement des résidents déambulants me paraît être un projet essentiel au regard de notre population actuelle mais également des demandes d'admissions que nous ne pouvons satisfaire.

¹⁰⁶ PAILLAT, P., THEVENET, A., et al. Vieillir en collectivité, *Gérontologie et société*, juin 1995, n°73, 198p

¹⁰⁷ Le Robert en ligne

D'autant plus qu'une étude de Santé Publique France (2019)¹⁰⁸ estime une augmentation croissante de cette population au sein des ESMS dans les années à venir.

2.3.4 Un rythme de vie peu adapté à la population déambulante

Dans son discours inaugural au Collège de France, Roland BARTHES évoque une diachronie¹⁰⁹, reprenant Michel FOUCAULT¹¹⁰, un décalage de rythme de vie entre le rythme individuel et le rythme de la société dans laquelle il s'inscrit. Pour les personnes désorientées, subir les aléas de l'organisation de travail (absence, retard, impatience) aggrave les troubles. E. HIRSCH, professeur d'éthique en sociologie médicale et sociale, reprend ce parallèle insistant sur la notion de parcours du résident (2018). Dans la notion de parcours, on entend l'idée de direction, d'étapes et de repères. Ils servent à rassurer une personne par nature anxieuse. L'anxiété est un facteur aggravant des troubles. Le projet d'établissement doit donc prendre en compte cette dimension hétérogène de rythme de vie (notamment en revoyant la procédure de distribution des petits déjeuners) afin de concilier rythme de vie et rythme biologique. L'enquête INSV/MGEN 2020 sur le sommeil et l'étude américaine SLEEP 2012 menée par le professeur Megan RUITER de l'Université de Birmingham Alabama révèle que le manque de sommeil est un facteur de nombreux troubles. Certains d'entre eux sont présents chez les résidents : agressivité, anxiété, diminution de la masse cérébro-frontale et baisse de la concentration. En somme, le manque de sommeil nuit au bien-être des résidents et accroît la dégénérescence cognitive.

Accompagner une personne désorientée c'est donc lui donner des repères dans un environnement respectueux de son rythme de vie en l'inscrivant dans une routine spatiotemporelle rassurante. Le projet d'établissement (2015), donne-t-il à la Maison Saint-Cyr les moyens suffisants pour accompagner sereinement et éthiquement les résidents déambulants ?

Bénéfice : une organisation adaptée au rythme de vie de chacun

2.3.5 Les relations sociales en EHPAD, un triptyque à valoriser

Les relations en EHPAD répondent à un schéma organisationnel défini sur le mode collectif. Il s'oppose donc nécessairement à l'individu. C'est une première source de stress et de contrariété pour les personnes âgées.

¹⁰⁸ Santé Publique France, Maladie d'Alzheimer et autres démences, 17 juin 2019, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives>

¹⁰⁹ Lerobert.com : Évolution dans le temps des faits sociaux, économiques

¹¹⁰ FOUCAULT Michel, La Volonté de savoir, Gallimard, 1976

Les relations principales désirées sont avec le monde extérieur et principalement les familles. A la Maison Saint-Cyr, les visites sont libres mais ne peuvent souvent avoir lieu que l'après-midi, entre 14h et 19h, de façon à ne pas entraver l'organisation de travail, la distribution des repas et les temps de soins. Elle ne dispose pas de salons des familles¹¹¹ et est donc confrontée à une difficulté de respect de l'intimité des familles dans des chambres exigües. Or, ces relations sont essentielles d'autant plus, que les résidents fragilisés, ont moins d'appétences pour sortir. Induite par la nature des activités et la présence quotidienne d'une équipe présente depuis de nombreuses années (13,75 ans) dans chaque service, **les résidents ont établi avec elles une relation sur le registre amical voir familial** qui va au-delà de l'engagement professionnel. Elle est due à la pluralité des actes réalisés (hôtellerie, relationnel, animation, soins). Cette relation tendre ponctuée d'attentions fait partie intégrante de la culture de Saint-Cyr qui privilégie l'écoute et le respect des résidents. **Ceci donne parfois lieu à un décalage entre ce que professionnel conçoit de son rôle, son intervention et les attentes des résidents.** En effet, la qualité de la relation entre un soignant et un résident participe à l'image que ce dernier a de lui-même. **Les relations entre résidents** apparaissent comme courtoises mais distancées. Les résidents souhaitent paraître aimable mais garder une distance pour se protéger de ces étrangers. Cela explique l'existence du phénomène de **déprise** dans l'établissement. Il s'agit là d'une conséquence de la déresponsabilisation des résidents, de leur prise en charge (qui induit un poids), de la privation des activités passées, de l'imposition d'un nouveau rythme de vie qui ne leur convient pas. « Ils se morfondent et perdent tout intérêt pour l'existence »¹¹². Les résidents se protègent de l'image renvoyée par ceux qui sont plus mal en point qu'eux et du risque d'investissement relationnel qui peut être à tout moment interrompu par la mort¹¹³. Cependant, les résidents nouent des liens entre eux notamment autour d'intérêts communs (bridge, scrabble, chorale). L'accent est donc mis en institution sur ce triptyque relationnel. Les salariés s'évertuent à maintenir le contact avec les résidents de façon à les stimuler, ainsi qu'avec les familles. C'est pourquoi, la Maison Saint-Cyr veille à inclure le CVS dans ses décisions (notamment sur l'organisation des visites, des repas et des animations). Par ailleurs le Président du CVS est membre de droit du CA.

Bénéfice : intégrer l'individu à une communauté pour favoriser le maintien des capacités et le sentiment d'appartenance

¹¹¹ Des salons des familles furent mis en place durant la crise COVID dans des bureaux inoccupés

¹¹² CARADEC, V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Armand Colin, 2012

¹¹³ De STINGLY F. Libres ensemble, Paris, Nathan 2000, chapitre 9.

2.4 Fédérer une équipe autour d'un projet commun pour allier performance et bienveillance

La Maison Saint-Cyr a connu une crise sociale et sanitaire qui ont fortement impacté ses équipes. Les nombreux départs de salariés ont occasionné une dégradation dans les rapports sociaux et la philosophie d'accompagnement managérial. La rupture de confiance entre les équipes et la précédente direction nécessite de poser les bases du rôle du Directeur afin de gagner leur confiance, mettre en œuvre les projets et les faire adhérer. Il me paraît évident que La Maison doit évoluer en refondant son projet d'établissement, pour devenir le lieu de vie qu'elle s'est donné l'ambition d'être. Pour ce faire, une réflexion est à mener sur les méthodes et moyens managériaux à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs :

- Garantir un accompagnement favorisant la continuité de parcours de la personne ainsi que la relation entre les différents dispositifs et acteurs
- Proposer un accompagnement de qualité a des personnes vieillissantes peu dépendantes et préparer l'entrée en EHPAD
- Proposer un accompagnement intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD afin de permettre aux nouveaux usagers de bénéficier du plateau technique interne
- Favoriser l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans un lieu de vie adapté
- Recréer les conditions de vie du domicile à l'EHPAD pour favoriser le sentiment du « chez soi »
- Favoriser l'écoute et la reconnaissance de la personne accueillie pour l'accompagner selon ses choix jusqu'à la fin
- Mettre en œuvre une organisation de travail adaptée au rythme de vie du résident
- Intégrer l'individu dans la communauté pour favoriser le relationnel, le maintien des capacités et le sentiment d'appartenance

2.4.1 Définir le rôle du directeur, un décideur bienveillant, un communicant efficace, un manager fédérateur

Le passé de Saint-Cyr explique l'indépendance des équipes actuelles. Pourtant, j'ai constaté une demande de présence, d'écoute, de soutien, de cadre, d'accompagnement et de formation. Cette multitude d'attentes sont une opportunité de transformation de l'accompagnement managérial et de diversification de l'offre. Pour garantir une évolution souple, je dois prendre en compte les aspirations professionnelles et les attentes individuelles intégrées au collectif dans le cadre de la mission impartie. « Tout processus managérial repose sur un paradoxe fondamental de devoir atteindre des buts que le

directeur s'est fixé lui-même sans avoir la maîtrise ni de son environnement, ni de ses propres acteurs ». ¹¹⁴ Ainsi conscient, je dois inclure dans la démarche de projet les personnes qui peuvent agir dessus : les salariés. Comme le disait André Gide « il n'y a pas de problèmes, il n'y a que des solutions ». Ces solutions managériales nécessitent de redéfinir la fonction de directeur en premier lieu puis doivent être inscrite dans une démarche de qualité de vie alliant performance du collectif et bienveillance individuelle

La fonction première du Directeur est de décider, c'est-à-dire fixer cap (sa vision) pour atteindre l'objectif fixé inscrit un cadre déterminé favorisant l'autonomie des équipes. Pour se faire, le directeur, face à ses équipes doit être apte à donner une orientation, un cap, tel le capitaine d'un navire. La distance nécessaire entre la fonction de direction et les autres crée l'isolement de cette dernière. Il doit savoir trancher pour pouvoir s'affirmer. « La nature a horreur du vide, il est préférable de décider que d'avoir raison » ¹¹⁵. La direction nécessite une souplesse, même dans le « non » de façon à marquer une autorité sans rompre les liens sociaux existant. La réponse positive ou négative doit être argumentée, et soutenue par l'ensemble du Comité de Direction (CODIR). Pour se faire le directeur doit déterminer des critères justes et éclairés, connus de tous. Il est donc important d'écrire un carnet de bord, le projet d'établissement et le faire connaître de tous. Ce document conçu par tous, impliquant famille et résidents, appuie les décisions opérationnelles de la direction et légitime ses décisions tout en réduisant la marge de risque. Je dois être pragmatique et tenir compte de la réalité de mon environnement afin de diffuser ma vision du management d'équipe choisi.

Le Directeur est également un communicant. Il doit s'appuyer sur des outils, des méthodes afin de diffuser sa vision, argumenter ses choix et promouvoir sa méthode. La culture de l'oral est forte à Saint-Cyr. La nécessité de garder des traces du savoir et des décisions doit s'inscrire dans une culture de l'écrit. Pour se faire, former chaque salarié à l'usage des outils numériques est une priorité. Je veux intégrer le principe de compte-rendu écrit pour chaque réunion et instaurer le principe de transmissions ciblées (d'autant plus qu'il s'agit d'un argument lors de la coupe PATHOS et GIR). Le suivi des soins de confort et des soins infirmiers frôle les 20%. La marge de progression est conséquente. Un communicant doit être également à l'écoute afin d'apporter les réponses aux interrogations des salariés, des familles et des résidents. C'est pourquoi, le projet d'établissement doit intégrer ces parties dans sa réflexion. Cette écoute est double. **Formelle**, dans les réunions de travail, dans les échanges avec le CSE et les rendez-vous avec les familles. **Informelle**, lors des déjeuners avec les équipes ou les résidents,

¹¹⁴ COUET D., PATURET J-B. Le métier de directeur, technique et fictions, Éditions ENSP, 2^{ème} édition corrigée, 2002, p.82

¹¹⁵ Ibid. p.85

au détour d'un couloir. Prendre le temps de s'informer et de partager resserre les liens entre individus, facilite l'échange et rassure. Entre en jeu la troisième compétence du Directeur : conduire les hommes.

Étymologiquement « manegere » signifie « conduire avec les mains ». **Le Directeur est également un manager** car il conduit une équipe pluridisciplinaire pour atteindre un objectif : réaliser la mission de l'établissement (performance). Je dois faire preuve de stratégie pour conduire cette performance à laquelle j'ajoute une **bienveillance** sincère de façon à maintenir les équipes solidaires et engagées. Il est évident que l'organisation actuelle contraint les équipes dans un rythme de travail qui ne convient plus à personne. Les responsabilités sont diluées. Les salariés ont entamé un travail de fond sur leur organisation par unité de vie. Le Directeur a un **rôle de chef de projet**, il coordonne l'activité transformant les orientations stratégiques définies par le CA en actions réalisées par les équipes. Il pilote les groupes de travail, participe et anime les débats, et veille à ce que chaque membre puisse exprimer son point de vue et détermine les compromis. Il tranche. Il est responsable de la synthèse et de la mise en œuvre du projet. Selon Roland Janvier¹¹⁶, la **performance** issue d'une décision peut engendrer des situations conflictuelles. La conflictualité favorise l'émergence de points de frictions (opposition de points de vue) utiles à l'avancée du projet. Elle permet d'élargir la conception envisagée et de trouver le juste compromis dans la prise de décision. C'est un « accord négocié qui respecte les parties prenantes »¹¹⁷. Ces accords dans la méthode permettent de **fédérer l'équipe autour d'un projet commun** dont elle est à la fois le concepteur et le porteur.

Instituer une relation de travail participative, favoriser une proximité relationnelle et accompagner l'équipe en lui laissant un espace d'autonomie favorisent l'atteinte de l'objectif communément fixé. Ceci facilite l'exercice du pouvoir. Si le directeur est le seul à trancher, il doit tenir compte des contre-pouvoirs (CVS et CSE). A Saint-Cyr, ils sont aujourd'hui partisans d'une évolution de l'offre et de l'organisation. Dans ce contexte favorable, je peux engager une transformation à travers le projet d'établissement conjointement élaboré avec les parties prenantes afin de construire une unité opérationnelle entre directeur et salariés.

2.4.2 Le management par la qualité de vie au travail

Le bien-être est une valeur fondamentale de la Maison Saint-Cyr. Elle a conduit la Maison Saint-Cyr à faire du bâti un lieu de vie, à innover et à prioriser les actes de bien-être et de confort au détriment de l'aspect logistique et hôtelier. Depuis 2018, les tensions montrent que si la direction est bienveillante envers les résidents, elle a délaissé celui des

¹¹⁶ JANVIER R. Performance et bienveillance, novembre 2020

¹¹⁷ JANVIER R. Performance et bienveillance, novembre 2020

salariés. Comment prendre soin des résidents si l'on ne prend pas soin de ceux dont c'est la mission ? Conjointement avec les membres du CHSCT une évaluation des risques psychosociaux a été menée. Elle révèle un profond mal-être des soignants. Une image négative de leur action imputable à de nombreux facteurs, au premier rang desquels le glissement des tâches qui conduit à :

- **supporter une responsabilité** qui n'a pas lieu d'être (la distribution des médicaments par les AHS)
- **réaliser des tâches** qui ne sont pas les leur (les AS réalisent des tâches ménagères)
- **assumer une autorité opérationnelle** mais non hiérarchique (les IDE pilotent l'activité des services sans pouvoir l'adapter)

L'ancienneté des équipes est de 13,75 ans pour une moyenne d'âge de 49,3 ans ; 62/107 salariés ont 11 ans d'ancienneté contre 23 qui ont moins de 5 ans¹¹⁸. Il y a donc un capital expérience à valoriser. Il me paraît nécessaire de redonner du sens au travail des professionnels et de favoriser un management de proximité. La démarche d'évaluation des risques psychosociaux révèle une absence d'autorité et de cadre : les chefs de service (CDS) ne sont que très rarement présents auprès de leurs équipes. Elles se sentent délaissées et non écoutées. Cela a pour conséquence une indépendance qui transparait dans la méthodologie de travail des différentes unités de vie et dans le niveau d'implication des salariés, par exemple :

- le taux de soins réalisés référencé dans le logiciel NetSoins, les alertes des situations individuelles.
- la tenue des registres d'inventaire, du carnet de traçabilité de l'entretien
- les relations inter-équipe
- la mise à jour des projets personnalisés des résidents

A la décharge des cadres actuels, ils n'ont suivi aucune formation managériale. Ils ont commencé leur carrière professionnelle à Saint-Cyr et on gravit les échelons pour leurs compétences opérationnelles. Les former est une priorité. Il me paraît essentiel de déterminer avec chacun d'eux leur domaine de responsabilité à l'aide d'une **délégation claire**. A ce titre une feuille de route managériale a été composée. Un bilan trimestriel est programmé. Ces facteurs nuisent à la qualité de vie au travail des salariés et favorise le stress, l'absentéisme (fatigue, arrêt maladie, absence injustifiée), la désorganisation. « La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé **les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance** globale des établissements de santé »¹¹⁹. Nous avons abordé dans le chapitre précédent la question de la

¹¹⁸ Rapport d'activité 2019, p.11

¹¹⁹ La qualité de vie au travail, <https://solidarites-sante.gouv.fr>, 29 novembre 2019

performance. Ici, il s'agit de déterminer les leviers d'action dans ses trois dimensions : conditions d'emploi, reconnaissance et missions définie par l'ANACT :



Figure 4 : *La qualité de vie au travail*, ANACT, 2014, p.2

L'organisation de travail peut s'appuyer sur deux éléments identifiés : les besoins, attentes, rythme de vie des personnes et sur les compétences internes dans une **autonomie** définie. Je souhaite redonner du sens à chaque métier en **définissant le contenu du travail** à réaliser pour chacun. Pour ce faire, de nouvelles **fiches de fonction par groupe métier** doivent être élaborées conjointement avec les salariés. Afin de coordonner cette réflexion, un référent par unité sera désigné (une AS). Un temps de travail doit également être prévu ; deux heures de réunions bimensuelles est à intégrer aux plannings. L'organisation actuelle des plannings permet de dégager du temps de travail spécifiquement dédié à des missions transversales d'accompagnement des résidents et de formation des salariés (aromathérapie, NetSoins, animation, recherche méthodologique d'accompagnement). Elles sont attribuées à 26 soignants (6 IDE et 20 AS) équivalant à 35h mensuelles. Ces missions n'étant plus effectives, je souhaite réaffecter ce temps de travail à la réflexion collective par unité de vie afin de simplifier l'organisation. Par exemple en simplifiant les 179 codes horaires actuellement en vigueur : A1, AA1, AA+1, 1AJ, PR1, JA. Au gré des départs et des modifications de poste (entre 2000 et 2013) de nombreux postes précaires ont été créés pour « ajouter des bras ». Ces difficultés engendrent une complexité dans le suivi des projets personnalisés des résidents et le suivi de leur projet de soins. Il s'agit donc de revoir en profondeur la chaîne relationnelle de travail entre assistante RH-IDEDEC-IDE-équipe soignante. Je propose une évolution vers un système relationnel qui répartie les rôles en fonction de leurs interactions avec les résidents et les équipes.

Favoriser l'autodétermination des collaborateurs est un élément essentiel de mon rôle managérial. Il implique une participation de développer un triptyque « Autonomie-Confiance-Responsabilité » permettant aux salariés de s'approprier leur métier, lier valeurs personnelles et professionnelles, communiquer et exprimer leur identité et leur savoir-faire et répondre avec souplesse aux évolutions des besoins et contingences dues à l'activité liée à l'humain. Ce pacte social délimitant une « zone d'autonomie et de responsabilité » est encadrée et régulée par les chefs de service. **Favoriser l'expression et la capacité d'agir individuelle et collective** permet de faire émerger des solutions et des projets dynamisant l'activité de Saint-Cyr et permet d'apporter des réponses individuelles aux

besoins des résidents. Afin de renforcer le dialogue social, outre les rendez-vous mensuels avec le CSE, des groupes de travail thématiques seront formés (évolution des plannings, évolution de l'offre). Un programme d'analyse de pratique est en cours d'élaboration avec l'aide d'un conseil externe qui pilotera les réunions pour que les salariés puissent se sentir libre de s'exprimer. Les cadres et la direction ne seront informés que des résolutions prises.

Les conditions d'emploi et de travail sont également à assurer auprès des salariés notamment les plus récents. Prendre soin des personnes qui prennent soin est un enjeu éthique. Au-delà de l'activité quotidienne et des dilemmes permanents auxquels nous sommes confrontés (décisions, responsabilités, autonomie, souffrance) il s'agit de relation d'être humain dans un microcosme. La « frontière » entre vie personnelle et vie professionnelle est mince. Ces deux sphères doivent être conciliés sous peine d'aliénation. J'ai conscience de l'impact de ces deux environnements sur les salariés. « Notre éthique est d'avoir fait disparaître la frontière entre la vie et le travail. Nous avons partagé nos vies »¹²⁰. Pour garantir leur adhésion aux valeurs associatives de La Maison, permettre leur pleine intégration aux projets présents et à venir je souhaite mettre en place un parcours d'intégration incluant la rencontre des différents cadres, l'intégration aux groupes de travail et leur permettant de bénéficier d'une semaine de travail en doublon avec l'aide d'un parrain (salarié). Ceci favorise le lien solidaire entre collaborateur, permettant de créer un lien solidaire et une cohésion.

En octobre 2020, une évolution de l'organisation de travail a été proposée. Elle apportait une réponse adéquate aux besoins des résidents et aux revendications des salariés : équilibre des services, des postes et du temps de travail, moins d'horaires discontinus ainsi que des roulements stables. Cette organisation proposait néanmoins de passer de 1 week-end travaillé sur 3 à 1 week-end sur 2. Les salariés consultés s'y sont opposés ce qui appelle une nouvelle approche managériale.

2.4.3 D'un management d'autorité à un management agile et visuel

La question de l'engagement et de la motivation est un nœud gordien¹²¹ pour tout dirigeant. La Maison Saint-Cyr, dans son particularisme, n'échappe pas à la règle. Au contraire d'Alexandre le Grand, je souhaite non pas trancher, mais exploiter des leviers de manière à démêler l'inextricable et apaiser les tensions sociales sous-jacentes. La littérature psychologique et psychosociale a démontrée que la motivation avait deux leviers forts (autodétermination et estime de soi) qui permettent de redonner un sens à

¹²⁰ GZIL F., Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ?, janvier 2021 p.64

¹²¹ PLATON, La République, V^{ème} siècle av. JC

une action. Je veille à être disponible. Par l'autodétermination j'offre aux salariés la possibilité de déterminer leur organisation et leur mode de fonctionnement par service appuyé sur les besoins et le rythme de vie des résidents (leur projet personnalisé). En valorisant leur travail, les initiatives et les projets je favorise l'estime individuelle. Cette reconnaissance, alliée à une disponibilité (« stratégie de la porte ouverte ») permet une plus grande solidarité. Je privilégie les discussions informelles, et je vais à la rencontre des équipes chaque matin sur le poste de travail. En veillant à la position que je tiens vis à vis des équipes (discussion informelle, réunion) c'est la **proxémie**. Ceci favorise une écoute des besoins, des interrogations des salariés et permet de mieux les connaître individuellement. Cette **approche empathique** réduit la distance entre salarié et direction et augmente le capital confiance entre nous. Elle permet de passer de la position de « dirigeant » à celui de « leader » accompagnant les équipes. De plus, en faisant ce que je dis et en disant ce que je fais, je facilite la **congruence** entre directeur et salariés. Ainsi, je capitalise confiance et autorité. Cette approche est appelée **management agile**.

A ce management, j'associe l'approche visuelle. Pour ce faire, exploiter un outil pédagogique¹²² facilitant le pilotage de l'activité doit être conçu et adapté à chaque pôle (soins, animation, hôtellerie, logistique et cuisine) pour les cadres. Une fois fait le tableau de bord du pôle déterminé, je souhaite déployer leur essence dans chaque service pour permettre aux équipes de suivre leurs activités. De cette façon, chaque salarié « parle la même langue », suit des indicateurs précis et peut ajuster son activité en fonction des situations. Ce management visuel favorise une souplesse dans l'activité ainsi que sa performance des services. Les avantages de cette approche sont nombreux : visualiser la maîtrise d'une procédure, saisir immédiatement une donnée, une information, garantir les engagements de performances, mettre en lumière les écarts entre les attendus et la réalité et impliquer les salariés ce qui permet de donner du sens à leurs actions et de suivre les performances du service (ce qui d'office met fin à la notion d'équipe et de contre-équipe ; il s'agit d'une seule et même équipe avec un objectif commun)

Promu par les lois médico-sociales successives depuis 2002, l'autodétermination des personnes, le respect de la dignité humaine et la fluidité des parcours sont au cœur du projet de La Maison Saint-Cyr. Pour se faire, en tenant compte des évolutions des personnes vieillissantes, tant dans l'âge et la dépendance que des attentes, je dois conduire Saint-Cyr à devenir un lieu de vie adapté répondant aux attentes des personnes vieillissantes. Refonder le projet d'établissement est donc la priorité formulant une diversification de l'offre à travers un projet d'accompagnement éthique et un projet social et managérial bienveillant et performant.

¹²² Cf. annexe 18 : Tableau de bord « Management Visuel » (version Directeur)

3 DU PROJET A L'ACTION : FAIRE DE L'EHPAD UN LIEU DE VIE EN ADAPTANT LES DISPOSITIFS, LES RESSOURCES ET L'ORGANISATION AUX BESOINS DES PERSONNES VIEILLISSANTES

« Le projet est relié à la vie et au développement des sociétés humaines. Il permet d'aller vers le futur et contient une dimension existentielle, par la perspective pour tout individu de contribuer à réorienter le sens de l'histoire : il ouvre sur le monde et sur la vie. Il assure une fonction transitionnelle et met en articulation le passé, le présent et l'avenir. » – Patrick LEFEVRE¹²³

3.1 Refonder le projet d'établissement, adapter la réponse au carrefour de la mission confiée par le Conseil d'Administration et les besoins des résidents

3.1.1 Le projet associatif, le guide éthique de l'association plaçant le service attendu au cœur de l'offre de service

Le projet associatif de la Maison Saint-Cyr a été rédigé en 1989 par le conseil d'administration, conjointement avec la directrice ; il a été mis à jour en 2014. Dans le contexte actuel, une nécessaire révision de l'existant s'impose pour trois raisons :

- L'évolution des publics accueillis et de leurs besoins,
- L'évolution des attentes des publics,
- L'évolution des pratiques professionnelles.

A) Structurer le Conseil d'administration pour déterminer les rôles et les responsabilités de ses membres

Si la Maison Saint-Cyr a connu une courte vacance du poste de Présidence elle a surtout connu une désorganisation profonde dans sa structure. Le nombre de membres, leurs absences et le flou concernant les rôles de chacun nuit à son

action. Ainsi, j'ai été sollicité par la Présidente, à mettre en œuvre une structure associative réelle, identifiée et efficace. Un bureau a été composé, sur candidature des administrateurs, comprenant quatre rôles (Présidente, vice-président, secrétaire et trésorier). Avec ce bureau nous avons revu les statuts de l'association, le nombre de membres et déterminé les règles de cooptation et de radiation, applicables à tous les membres, y compris les membres fondateurs. Nous avons inclus l'absence répétée de



Figure 5 : Organisation de la Gouvernance de la Maison Saint-Cyr

¹²³ LEFEVRE P. Guide du management stratégique des ESMS, Dunod, Paris, 2006, p.204-205

présence aux séances comme motif d'exclusion. Ces nouveaux statuts ont été adoptés le 21 mai 2021 par l'Assemblée générale.

B) Définir le projet associatif pour fédérer l'ensemble des acteurs

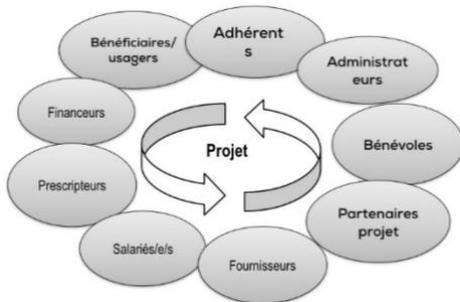


Figure 6 : Parties prenantes susceptibles d'avoir une incidence sur l'organisation

Le projet associatif est le « facteur d'identité collective portée par l'association ». Il définit les valeurs et les moyens de l'association pour réaliser la mission inscrite dans ses statuts. Il synthétise les objectifs futurs de l'association à travers des axes stratégiques d'orientation. C'est l'outil premier de pilotage. Pour ce faire, il s'appuie sur deux éléments. Le premier, externe, est le corpus législatif et réglementaire encadrant le secteur. Le second, interne, le recueil des attentes et des besoins des résidents. Pour sa conception, il intègre l'ensemble des parties prenantes (internes et externes). Ainsi, il prend en compte toutes les dimensions de son activité et détermine les compétences nécessaires pour atteindre ses objectifs. De celui-ci découle les projets sous-jacents (projets de service et projet d'établissement). Or, à Saint-Cyr nous l'avons vu, ces projets n'étant pas connus des acteurs internes ni des familles, il me paraît nécessaire de revoir la méthode de réalisation de ceux-ci pour fédérer les équipes et leur permettre d'avancer dans une même direction.

C) Transformer la culture d'accompagnement en déterminant les rôles et fonctions managériales

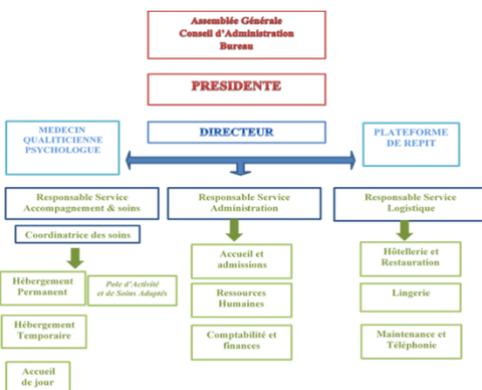


Figure 7 : Organigramme fonctionnel de la Maison Saint-Cyr

Cette réforme de la Gouvernance implique une révision des fonctions de direction et des cadres. Leur finalité est de piloter l'activité avec constance (démarche qualité) et pédagogie dans le respect d'un projet d'établissement au service des personnes vieillissantes et de leur entourage. Les valeurs managériales portées sont : **loyauté, respect, écoute, engagement et responsabilité.**

Un document unique de délégation (DUD) a été formalisé entre le bureau et le directeur afin de délimiter ses prérogatives. Dans

un souci managérial d'efficacité afin de promouvoir l'autonomie et l'efficacité des actions, il est convenu de créer un DUD pour chaque fonction managériale de pôle. Il concerne : l'assistante de direction (départ à la retraite en 2022), l'IDEC (départ à la retraite en 2025) et le responsable logistique et hôtellerie. A noter, que le médecin coordinateur bénéficie d'une fiche de fonction que nous avons travaillé ensemble définissant ces missions de

coordonnateur (organisation des soins), de prescripteur¹²⁴ (autorisé à ordonner des soins et l'octroi de médicament) et d'autorité médicale (« conseiller technique »).

Préalablement, un temps de réflexion commun est à organiser, de façon à repenser le management global des équipes de la maison. Ce temps favorise l'échange et la définition du rôle d'un manager à Saint-Cyr ainsi que le « sens accordé à la mission et la responsabilité »¹²⁵. Ceci, afin que chacun puisse comprendre et saisir le sens de leur action, le sens de la responsabilité (mettre en œuvre le contrôle), superviser (savoir déléguer) et définir, ensemble, notre éthique professionnelle. Il a été ainsi décidé de formaliser une organisation fonctionnelle (cf. ci-contre) afin de faciliter les relations entre les cadres et clarifier les responsabilités de chacun. Enfin, il est possible d'établir, conjointement avec les cadres de la Maison, une fiche de fonction individuelle déterminant les missions et responsabilités de chacun de manière à les impliquer dans leur travail quotidien et garantir leur périmètre d'action. Pour ce faire, une base établie entre les documents produits par la FEHAP dont l'établissement est adhérent ainsi que les fiches métier ROME émises par Pôle Emploi. Ce travail de réflexion et de production est prévu en octobre 2021 pour les 3 cadres.

D) Déterminer les axes d'orientations stratégiques pour améliorer l'accompagnement actuel et mettre en œuvre de nouveaux dispositifs d'accompagnement

L'enquête interne réalisée entre février et mai 2021 pour recueillir les souhaits des résidents démontre que le regard croisé résidents / administrateurs diverge. Les résultats présentés devant le Conseil d'Administration permet d'engager une nouvelle réflexion au sujet de l'accompagnement des résidents. Les difficultés sociales et managériales de la Maison sont, en partie, issues de la méconnaissance des axes d'orientation stratégiques portés par le CA. Un groupe de travail pluridisciplinaire a donc sera créé de façon à mettre en forme des orientations concrètes rédigées sous la forme de « fiche objectif ». Ce groupe de travail inclura le Directeur, Le MEDEC, l'IDEC, la psychologue, la qualitiennne, deux soignants (un pour l'hébergement et un pour l'accueil de jour), un ergothérapeute, le responsable hôtelier et logistique et les membres du bureau du CA. Celle-ci devra aboutir à une définition de nouveaux axes stratégiques portés dans la négociation CPOM. Ils devraient être validés conjointement par l'ARS et le Conseil départemental lors de la présentation finale en septembre 2021. Ces fiches serviront de fondation au projet d'établissement à refondre.

¹²⁴ Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD

¹²⁵ LEFEVRE P. (sous la direction) Guide du Management stratégiques des organisation sociales et médico-sociales, Dunod, Paris, 2006

3.1.2 Le projet d'établissement, mettre en œuvre un groupe de travail pluridisciplinaire et favoriser l'expression des résidents

Le projet d'établissement (PE) est le cœur de l'action de la Maison Saint-Cyr. Il a pour vocation de déterminer les moyens d'accompagnement des résidents. Cependant, si cet outil est institué par la loi 2002-2 il n'est pas formalisé. Au cours de mes expériences j'ai pris connaissance de divers projets, tous différents. J'ai constaté cependant, que tous commençaient par le rappel de l'histoire de l'établissement et de ses valeurs. Cependant, « il ne paraît pas rigoureux de présenter une organisation avant même de déterminer la vocation. »¹²⁶ **L'utilité sociale est essentielle.** La formule est donc primordiale car il s'agit de la base de l'évaluation de l'efficacité des dispositifs actuels et permet d'envisager des dispositifs alternatifs. Cette remise en cause doit donc se positionner sur une vocation identifiée. Le PE doit se fonder sur son positionnement. Quel est le positionnement de la Maison Saint-Cyr dans l'accompagnement des personnes vieillissantes ? Une fois déterminée, il en découle une méthodologie. Comment accompagner les résidents ? Enfin, l'accompagnement modélise l'organisation de travail. Comment organiser l'accompagnement dans la limite des moyens octroyés ?

A) Un bâtiment urbain aux origines congrégationnistes empreint de bienveillance

Le positionnement de la Maison Saint-Cyr est déterminé en premier lieu par sa finalité. Il s'agit de définir le cadre de la mission et le service rendu : accompagner l'avancée en âge et maintenir l'autonomie des personnes vieillissantes. Cet accompagnement peut avoir lieu dans l'établissement avec hébergement, sans hébergement (accueil de jour), pour une durée déterminée ou non. Il peut également avoir lieu au domicile des personnes (plateforme de répit).

Il se définit également par la nature des populations accueillies et de la croissance de 2 publics : les personnes vieillissantes peu dépendantes (GIR 5 et 6) et les personnes atteintes de troubles neurologiques (maladie d'Alzheimer et apparentées).

Il s'agit également de définir l'histoire de l'établissement, les valeurs qui en découlent et son environnement. Une implantation urbaine, en centre-ville, desservie par un axe routier principal de la commune et par des transports publics permet une liaison rapide avec les différents partenaires sociaux et médicaux. La Maison est au cœur d'un vaste domaine végétalisé qui facilite les sorties autonomes et rassure les résidents. Par son activité sociale inclusive et ouverte sur la cité Saint-Cyr a tissé un réseau partenarial fort sur lequel il peut compter. Ceci permet d'appréhender l'accompagnement réel et les besoins

¹²⁶ LOUBAT J-R. Élaborer son projet d'établissement social et médico-social, Dunod, Paris, octobre 2002, p.78

(internes et externes) dans l'évolution de l'offre de service (amélioration des dispositifs, diversification de l'offre, formations et recrutement de nouvelles compétences). C'est à la suite de cette analyse que les axes d'orientations stratégiques émis par le Conseil d'Administration peuvent être intégrés.

Enfin, l'établissement se positionne sur une réflexion éthique, philosophique et sociologique faisant de lui un acteur défini, identifié et différencié des autres. Ceci éclaire sur sa vision de l'accompagnement gérontologique de la perte d'autonomie. Une fois le positionnement défini, la méthodologie d'accompagnement peut être choisie.

B) Un lieu de vie ouvert sur le monde favorisant l'interaction sociale et répondant aux attentes individuelles

La méthodologie de l'action sociale doit être élaborée avec toutes les parties prenantes et tenir compte des différents acteurs (partenaires, familles). Elle doit, dans un principe de communication fluide, pouvoir être expliquée et adaptée à chacun. Le vocabulaire employé avec des gériatres ne sera pas le même qu'avec les familles. C'est ainsi que l'équipe peut mettre en place une méthode de communication auprès de tous empreintes des valeurs de l'association. Qui dit communication, dit écoute.

En découle un temps de recueil de l'histoire de vie, des attentes et des projets des résidents. L'enquête a clairement pointé l'hospitalité (accueil, confort, hôtellerie et relations sociales) comme attentes principales. De ce recueil, un projet de vie personnalisé peut alors être conjointement écrit avec chaque résident, incluant sa famille. Il doit y être acté une révision annuelle et un pilote. J'ai constaté que l'organisation était sinon maltraitante peu soucieuse du bien-être et du rythme de vie des résidents. Convaincu de la primauté du respect de la dignité et des choix des résidents je souhaite engager l'établissement sur une voie différente. Elle correspond aux souhaits des résidents de vivre leurs derniers jours comme ils l'entendent et au souhait des équipes qui ne trouvent plus de sens dans la succession des actes quotidiens. Je porte une sensibilité envers la pédagogie Montessori héritée de la philosophie de Maria Montessori (1905). Elle vise à prendre soin des personnes vieillissantes avec humanité, c'est-à-dire « **dans le respect de leurs particularités d'humains** » ce qui engage les équipes à adapter leur soin, leurs actes, leur organisation et leur rythme à celui des résidents. Elle se concentre sur les **interactions sensorielles**, entre le soignant et le résident aussi bien qu'entre résidents par le regard, le toucher, la parole.

L'ensemble du personnel accompagnant les résidents a été formé en 1999 à la **Validation**¹²⁷ de Naomi FEIL. Avec la rotation du personnel et une absence de management, la méthode n'est plus pratiquée. Pour harmoniser les pratiques je souhaite inculquer une base commune à tous en approfondissant ces connaissances pour amorcer la nouvelle pédagogie Montessori dont les bases de la Validation sont un terreau fertile. Les ponts entre les 2 approches sont nombreux. J'estime que la méthode Montessori va plus loin dans l'accompagnement des personnes vieillissantes et est aussi pertinente envers les personnes avec des troubles neurologiques que les personnes dépendantes. La pédagogie **Montessori**, héritée de la pédagogie infantile de Maria Montessori (1907), favorise : la **considération de la personne selon ses choix** (autodétermination) ; par exemple l'appelé par le nom ou le surnom qu'elle s'est choisi et non pas comme le veut la bienséance « Madame / Monsieur ». Elle favorise les **interactions entre résidents en encourageant la création d'une communauté** dans laquelle chacun joue un rôle, selon ses capacités et ses envies. Les équipes leur proposent de participer aux différentes activités et tâches du quotidien (aider à mettre le couvert, entretenir le jardin, cuisiner lors des ateliers). De plus, cette méthodologie est « compatible » et cohérente avec des dispositifs que Saint-Cyr a déjà mis en place : Snoezelen, balnéothérapie et aromathérapie. Enfin, si déterminer collectivement une méthodologie d'accompagnement est nécessaire, elle doit être adjointe de critères d'évaluation. Cela nous permet, dans une démarche continue de la qualité, d'en mesurer factuellement l'impact et d'en suivre les progrès tout comme d'en identifier les lacunes. Ces critères sont de différentes natures : conformité, cohérence, efficacité, pertinence, satisfaction.

C) Un EHPAD aux fonctions pluridisciplinaires organisé autour du rythme de vie des résidents inscrit dans une démarche continue de la qualité

« Malgré la maladie d'Alzheimer ou toute autre pathologie affectant ses capacités cognitives, la personne âgée continue à avoir besoin d'une relation avec les autres. La personne doit se sentir humaine pour vivre. C'est lorsque l'on tient compte de tout ce qu'il y a de particulier chez l'humain que l'on est un soignant » - Yves Gineste¹²⁸.

Les équipes de la Maison Saint-Cyr sont majoritairement tournées vers le soin et l'hygiène du corps des résidents. Or, une composante essentielle de l'accompagnement (la synchronie) s'est diluée au fil du temps dans une organisation de plus en plus fragile et inadaptée aux besoins des résidents. La synchronie est l'osmose entre deux rythmes inter

¹²⁷ « Valider » une personne signifie reconnaître que son comportement a du sens, reconnaître que la personne a une valeur, et ce, même si nous ne la comprenons pas toujours. L'objectif n'est pas de découvrir le sens, mais de reconnaître qu'il y en a un. Cette méthode s'appuie sur l'empathie.

¹²⁸ GINESTE Y., PELISSIER J. Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux, Armand Colin, 2010

et extra. Il s'agit de réapprendre à connaître nos résidents, individuellement, au travers des projets personnalisés pour nourrir notre réflexion, et par conséquent le projet d'établissement, pour synchroniser les interventions et les besoins. Ceux-ci seront menés par le soignant référent désigné. Chacun aura sous sa responsabilité 3 à 4 projets à suivre. L'ensemble sera piloté par la future coordinatrice de parcours de vie sociale.

Le troisième volet du projet d'établissement développe une organisation héritière du positionnement (3.1.2-A) et de la méthodologie de mise en œuvre de ce positionnement (3.1.2-B). Pour définir l'organisation il me faut redéfinir les métiers, leur fonction et évaluer leurs qualifications ; en somme mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Travailler en collaboration avec les équipes à une nouvelle organisation adaptée, souple et bien traitante. Je suis convaincu de la nécessité de prendre soin de ceux qui prennent soin des résidents. Ceci implique également d'harmoniser les horaires et les rythmes de travail pour en finir avec les 179 codes différents. Je souhaite mettre en place un service de 7h30 par jour pour chaque poste (en respectant l'accord d'entreprise qui porte la durée hebdomadaire de travail à 37,5h). Un contrat de prestation avec un éditeur de logiciel SI-RH est en cours. La Suite complète favorisera l'interopérabilité des fonctions administratives et la coordination des roulements. Pour réaliser les objectifs il est également nécessaire de veiller au bon état et au bon fonctionnement des locaux techniques. Dans les services / unité de vie, les locaux le sont. La commission de sécurité 2021 a recommandé d'asservir les portes coupe-feu au SSI, les travaux sont en cours depuis juillet 2021. Quant à la toiture, la mairie a engagé une étude pour évaluer le montant des travaux qui doivent être engagés dès 2023. Les ouvertures défectueuses (principalement des fenêtres) sont en cours de réparation.

La cuisine de l'établissement doit être rénovée et rééquipée. Une négociation avec le prestataire est à entreprendre. Une rencontre est prévue fin septembre 2021 pour :

- Préparer le projet nutrition en partenariat avec le Living Lab du CHU Pontchaillou : afin de mettre en œuvre une nutrition de qualité supervisée par une étude médicale afin de mesurer le lien entre apport nutritif et qualité de vie.
- Établir le plan de rénovation de la cuisine : afin d'améliorer les conditions de travail des équipes notamment en renouvelant le matériel
- Externaliser le personnel de service (plonge 2 ETP et 2 commis 2 ETP) afin que celle-ci soit pilotée par une seule autorité (harmonisation du référentiel qualité, formation du personnel non qualifié, remplacement des absences par des professionnels qualifiés, management uniforme).

Saint-Cyr n'ayant jamais été rénové depuis son ouverture (1989), hormis les tisaneries, il me paraît essentiel de travailler sur l'architecture des locaux et le confort individuel.

Parallèlement à cette étape, un diagnostic immobilier et logistique complet devra être entrepris pour établir un plan général de rénovation ainsi que la réhabilitation architecturale interne. Elle concerne en premier lieu les salons des familles à créer pour remplacer ceux installés en urgence dans les bureaux administratifs. Le mobilier des chambres et des lieux collectifs est également à prévoir. Cette réhabilitation a pour objectif : de favoriser le confort des résidents (physique et psychologique), les intégrer à la collectivité, permettre aux équipes d'intervenir auprès des résidents avec plus d'aisance (réduction des risques professionnels, rééquilibrage des effectifs par services, formation des professionnels selon les besoins des résidents dans les unités de vie).

Afin d'assurer le sentiment d'appropriation de l'espace et permettre à la personne de se sentir chez elle, dès le premier jour, il apparaît opportun de revoir la procédure d'admission et l'accueil parties intégrante de l'hospitalité de Saint-Cyr.

3.1.3 Mettre en œuvre un de parcours de vie grâce à la coordinatrice de vie sociale

A) Formaliser et améliorer la procédure d'admission

La Maison Saint-Cyr est confrontée à deux problématiques : l'absence d'une autorité médicale jusqu'en novembre 2020 et l'absence de pilotage du processus d'admission jusqu'en janvier 2021. La commission d'admission a pour mission d'étudier les demandes. Actuellement, dix personnes interviennent à différents niveaux du processus. C'est excessif. Cela explique la durée moyenne de traitement de la demande avant la décision de la commission (environ 3 semaines). Je souhaite donc simplifier la procédure afin de fluidifier le traitement et accélérer la procédure.

La première étape est de définir des critères d'admissions. La commission, constituée, du directeur, du MEDEC, de l'IDEC, de la psychologue et de l'assistante sociale a donc établis recevable les demandes concernant des personnes âgées de plus de 60 ans, dépendantes (GIR 4 minimum), dans une situation de précarité, d'isolement ou d'urgence. La procédure doit être revue et je souhaite en confier le pilotage à l'assistante sociale. Je souhaite faire évoluer sa fonction et ses responsabilités de manière à lui permettre non seulement de piloter l'admission mais également de veiller au parcours de vie¹²⁹. Ces missions à venir sont le prolongement de son action actuelle : piloter l'admission est le prolongement de l'étude des dossiers administratif et les visites de pré admission, piloter l'accueil est le prolongement de la visite de l'établissement et piloter le projet personnalisé de vie est le prolongement du recueil de l'histoire de vie et des attentes du futur résident.

¹²⁹ Cf. annexe fiche de poste Coordinatrice de parcours de vie

Dans le même temps, je souhaite pérenniser les responsabilités contractualisées ou héritées de son poste définie dans sa nouvelle fiche de fonction : développer le réseau partenarial avec les organismes sociaux et médicosociaux partenaires (CCAS, CHU, établissements de santé, organismes territoriaux, organismes sociaux, CLIC, MAIA) en étroite relation avec la direction et le cadre de santé, garantir les objectifs d'hébergement fixés par les autorités de tarification (HP et HT) et renseigner et accompagner les demandeurs et sa famille dans les démarches administratives sociales, financières et de santé.

B) De l'admission au séjour, un accueil pour favoriser le « chez soi »

Par suite du constat de l'absence de renouvellement du projet personnalisé de chaque résident, j'ai lancé une réflexion collective dans un groupe de travail pluridisciplinaire afin de définir comment mettre en œuvre cette hospitalité. Cette procédure ce doit d'être précise et souple pour s'adapter aux différents services. Cela signifie également passer de la notion de « service » comme unité géographique à celui « d'unité de vie » comme lieu de vie. Lors de mes rencontres individuelles avec les résidents, il m'a souvent été donné à voir que l'admission (pour des motifs économiques et sociaux) était une épreuve pour les personnes. Il s'agissait pour eux d'une rupture avec leur passé¹³⁰ et confortée par l'étude ADAGIO publiée par la HAL en février 2016¹³¹. L'admission ne doit donc plus être une rupture, une frontière mais une transition aussi naturelle que possible dans le parcours de vie. L'accueil d'arrivée doit être chaleureux et coordonné entre le résident, la famille et l'établissement. L'assistance sociale responsable du parcours de vie des résidents est, selon moi, la personne idéale pour piloter ce processus. De la visite à l'accueil elle suit le processus, informe le futur résident et sa famille sur la vie de la maison et les accompagne dans les démarches administratives. Elle communique auprès des équipes les informations, les besoins et les attentes du résident et auprès de l'administration les informations réglementaires.

Je souhaite réactualiser une pratique propre à la Maison : investir une relation de confiance et de proximité à travers une mission d'accompagnant référent. Elle aura pour objectif de créer un lien solidaire entre les résidents et les salariés qui auront pour responsabilité de veiller au respect du projet de vie et de son actualisation. Ainsi, du recueil des besoins à la mise en œuvre de l'accompagnement social et médical, nous pouvons identifier les risques de rupture de parcours (recueil des besoins, actualisation du projet personnalisé, suivi du plan de soin via NetSoins, évolution de la santé, enquêtes

¹³⁰ Entretiens individuels menés entre novembre 2020 et mai 2021.

¹³¹ ELOI M., MARTIN Ph. Éthique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement, HAL, Février 2016

de satisfaction thématiques, temps d'écoute et de partage avec le soignant référent) et ainsi établir des partenariats qui viendront consolider le parcours de la personne.

C) Un chez soi, satisfaire le confort et développer les espaces de vie

Dans son projet de réhabilitation et de rénovation la maison Saint-Cyr prendra en compte la nécessité de créer des salons des familles. Chaque unité de vie en comptera un, de façon à ce que les résidents puissent accueillir décemment leur famille. Cela satisfaitra les plus dépendants ayant de grandes difficultés de déplacement. Ils seront composés d'une table basse, de 2 canapés et de deux fauteuils. Ils seront situés dans les chambres vides aujourd'hui inoccupées. Un salon de jardin est prévu pour cet été 2021.

Le dispositif de meubles d'appoint pour les résidents démunis sera augmenté de 4 lots supplémentaires comprenant chacun (un bureau+chaise, un fauteuil de confort, une armoire penderie) et un chevet pour un montant de 250€ HT par lot.

Le mobilier d'animation et de restauration sera inventorié début 2022 afin de prévoir un renouvellement durant le prochain plan de renouvellement quinquennal.

3.2 Réinvestir les salariés par une politique managériale participative

3.2.1 Redéfinir les missions des salariés : Fiche de fonction et fiches de tâche

L'objectif est de redonner du sens aux actes. Pour ce faire, il est impératif de définir le rôle de chacun en groupe de travail, ce qui permet d'impliquer les salariés dans une démarche participative pour mettre en œuvre une politique d'intégration et de fidélisation des salariés.

A) Replacer les salariés dans leur métier

Il est essentiel de replacer chaque salarié dans son métier. Le travail de revalorisation des métiers est constitué de 4 chantiers.

La **refonte des fiches de fonctions** et leur déclinaison en fiches de tâche est en cours. Je souhaite donc perpétuer la position des IDE en tant que responsable de service par délégation de l'IDEC afin de piloter et coordonner toute l'activité quotidienne : planning, réalisation des soins, animation, logistique. Les tâches administratives de soin pour permettre aux IDE de se consacrer à leur cœur de métier.

Les **séminaires internes de management** thématiques : management agile, management visuel, management opérationnel et contrôle, rôles et missions des métiers, ne sont pas réalisés. Je travaille à un outil de pilotage déclinable sur chaque niveau

hiérarchique et adaptable à chaque service et chaque pôle¹³². Ces séminaires seront animés par un cabinet conseil financé par un appel à projet de la CARSAT (à partir de février 2022).

L'évaluation des risques professionnels, démarche réglementaire me permettant d'identifier les difficultés et les dangers pour chaque métier, y remédier et apaiser les tensions internes révélées par la démarche RPS.

La **création d'un pôle hôtelier et logistique** (projet en cours) afin d'assurer une prestation de qualité et favoriser le sentiment de confort et de bien-être dans la Maison.

B) La stratégie de fidélisation : accompagner les nouveaux salariés dans leur prise de poste

Les difficultés de recrutement sont liées à l'organisation actuelle. Les postes proposés (souvent à temps partiels) n'intéressent pas les candidats. Les absences régulières et nombreuses impactent négativement la marque employeur. Les salariés intérimaires et en CDD ne sont pas convaincus par un CDI dans la maison. Une réflexion doit donc être menée en concertation avec les IRP pour identifier les nœuds complexes et avec les cadres sur les arguments avantageux de la Maison. Un processus d'accompagnement des nouveaux salariés doit également être mis en œuvre. Je souhaite donc :

- Créer **une réunion d'accueil mensuelle des nouveaux salariés** sous forme d'un petit déjeuner avec la présentation du projet d'établissement et des cadres de la Maison ainsi que répondre aux questions individuelles
- Créer un « **parcours du salarié** » de façon à ce que celui-ci rencontre les différents chefs de service et acquiert une connaissance élargie des différents dispositifs, de leur fonctionnement et entrevoie l'organisation systémique au bénéfice des résidents sur une période de 2 mois (durée période d'essai)
- Créer un « **coffret du nouveau salarié** » dans lequel est inclus : une synthèse du projet d'établissement, son planning annuel, ses codes d'accès (établissement et progiciel), un plan de la maison, et une fiche à remplir pour la préparation de son uniforme nominatif (remis 10 à 15 jours avant sa prise de poste)
- Appliquer **une semaine de doublon** pour garantir une prise de poste sereine
- Mettre en place un **bilan de mi-parcours** (à M+1 de la prise de poste)
- Instituer un **temps d'échange mensuel** entre direction (+cadres) et les salariés
- Réaliser un **tour de l'établissement hebdomadaire** pour prendre le pouls et interagir avec les salariés

¹³² Cf. annexe XIII : Tableau de bord de Management Visuel (version DET)

- Installer **un trombinoscope de l'équipe dans les unités de vie** favorise la relation et les repères entre les soignants, les résidents et les familles
- Garantir **un passage mensuel de la direction** (ou cadre) le soir et la nuit.
- Mettre en place **un système de parrainage** entre salarié ancien et nouveau.
- Mettre en place **un système de cooptation** avec une récompense financière en cas de confirmation de la période d'essai.

3.2.2 Mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, un outil managérial pour satisfaire les besoins présents et anticiper les besoins futurs

Les entretiens professionnels n'ont pas été menés par la précédente direction, les derniers remontent à 2017. De fait, il n'existe pas de GPEC ce qui met l'établissement en difficulté dans sa mission d'accompagnement auprès des résidents. Ils ont été programmés pour septembre 2021. Les salariés ont suivi très peu de formations ces dernières années que celles-ci soient spécialisées (accompagnement des personnes atteintes de troubles neurocognitifs) ou méthodologiques (méthode RABC, HACCP) ou techniques (utilisation de l'auto-laveuse, du lève malade). Pour y remédier, le recueil des besoins sera complété lors des entretiens professionnels suivis d'un vaste programme pluriannuel de formation.

A) Agent hôtelier de soin : des compétences acquises à certifier

L'établissement manque d'aides-soignants. 11 titulaires sont en AT/MT et remplacés par des intérimaires. 3,5 ETP d'AS ne sont pas pourvus. 5 ETP d'AS sont remplacés par des AES et AHS, poste unique à Saint-Cyr. Originellement, ces AHS sont des ASH (agents des services hospitaliers) et sont employés au bio nettoyage, au service des repas ou de blanchisserie. Dans la CCN51, ces agents sont appelés ASL (agents des services logistiques). Manquant de salariés diplômés, dans un contexte national où le recrutement de soignants diplômés est compliqué, les AHS ont vu leur mission évoluer pour répondre à un besoin pratique immédiat. Elles exercent des actes de soins et d'hygiène (toilette, change, habillage) sans formation. Ce phénomène est quantifié par l'enquête sur la revalorisation des métiers du grand âge menée par Myriam EL KHOMRI en octobre 2019. 92 000 postes¹³³ d'AS ne sont pas pourvus en France. Cette fonction n'est cadrée par aucun texte (décret, CCN, ROME). Une fiche de poste datée de 2013 détaille l'activité. Les AHS ont acquis des connaissances et des compétences de soins qui se trouvent être une précieuse ressource. Les plans de formation 2018-2019 n'ont pas

¹³³ EL KHOMRI Myriam, Rapport portant sur l'attractivité valorisation des métiers du grand âge et de l'autonomie, octobre 2019

mis l'accent sur l'opportunité de les accompagner afin de certifier leur savoir-faire. Des écarts entre les compétences actuelles¹³⁴ et les attendus du métier AS décrit dans la fiche métier ROME ont été observés. C'est pourquoi la direction actuelle a proposé à 17 salariées AHS d'accéder à une formation d'Aide-Soignante. Ce programme de formation est prévu sur les cinq prochaines années. De plus, je souhaite former, sur la base du volontariat, 14 soignants diplômés à l'accompagnement des personnes vieillissantes ayant des troubles neurocognitifs dans le cadre de la continuité de parcours des résidents entre unité de vie et PASA ainsi que l'accompagnement dans la future UVP.

Estimation financière concernant la formation aide-soignante¹³⁵ :

- Nombre d'agents à former au métier d'AS : 17 salariés
- Coût salarial durant la formation = 528 749,42 €
- Coût unitaire TTC de la formation AS : 6.200€ *17 = 105 400€
- Coût du remplacement durant les 12 mois de la formation :
 - o Salaire moyen d'un agent (brut chargé) : 31 120€
 - o Surcoût dû au contrat à durée déterminée : 31 120€ x 10% de congés payés x 10% de précarité = 37 655,20€ x 17 salariés = 640 138,40€

Le budget total de la formation AS pour 17 salariés est estimé à 1 247 287,82€ sur 5 ans soit **249 457,56€ par an**.

Note : Les frais de déplacement ne sont pas pris en compte. Ils devront être étudiés individuellement en fonction des lieux de stages des salariés.

Concernant la formation d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées (organisme : France Alzheimer) elle me paraît essentielle dans notre situation actuelle.

- Nombre de soignants à former : 14 salariés
- Coût salarial durant la formation (2 jours soit 14h) = 3 476,88€
- Coût unitaire TTC de la formation (2 jours) : 2.300€ TTC (formation intra établissement)
- Coût du remplacement durant les 2 jours de formation :
 - o Salaire moyen d'un agent (brut chargé) : 248,35€
 - o Surcoût dû au contrat à durée déterminée : 248,35€ x 10% de congés payés x 10% de précarité = 300,50€ x 14 salariés = 4 207,05€

Le budget total de la formation d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est de **9 983,93€ par an** ; soit 49 919,65€ sur les 5 ans.

¹³⁴ Cf. annexe XIV : Tableau des écarts attendus des AHS vers le métier d'AS

¹³⁵ Selon les dispositions nouvelles de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant

B) Former les équipes soignantes à une pédagogie d'accompagnement bienveillante, tournée vers la personne pour comprendre le sens de ses actes

Afin de poursuivre la démarche d'accompagnement selon les valeurs de la Maison il m'apparaît important d'actualiser et de poursuivre les formations d'accompagnement des résidents. Les salariés auront à exploiter les bases de la Validation pour s'approprier la pédagogie « Montessori ». Je suis convaincu que ce choix répond aux attentes des résidents et des salariés notamment parce qu'il redonne un sens à la relation entre les Hommes et qu'elle permet de comprendre le sens des actes des résidents quel que soit leur capacité à verbaliser.

Scénario retenu : la pédagogie Montessori (organisme : Fondation Montessori)

- Nombre de soignants à former : 20 salariés (2 par services)
- Coût salarial durant la formation (5 jours, soit 35h) = 10 140,91€
- Coût unitaire TTC de la formation (5 jours) : 4 900€ TTC (formation intra établissement)
- Coût du remplacement durant les 2 jours de formation :
 - o Salaire moyen d'un agent (brut chargé) : 724,35€
 - o Surcoût dû au contrat à durée déterminée : 724,35€ x 10% de congés payés x 10% de précarité = 876,46€ x 20 salariés = 17 529,20€

Le budget total de la formation Montessori est de **32 570,11€ par an** ; soit 162 850,55€ sur les 5 ans.

Ces formations ont un coût total quinquennal de 1 247 287,82€ + 49 919,65 soit 1 297 207,47€. Le budget annuel du G2 hors personnel extérieur est de 3 545 350€ ce qui représente un ratio de 1 297 207,47€ / 17 726 750€ = 7,3% de la masse salariale sur 5 ans soit 1,46% de la masse salariale annuelle. Ce ratio supérieur au taux normatif de 1% s'explique par **le besoin nécessaire de former en interne de nombreux salariés** afin de satisfaire à la démarche continue de la qualité. Ce taux sera **modulé par l'effet Noria¹³⁶**. **Ce budget conséquent est à relativiser** au vu de la situation de l'établissement et de l'absence de formation ces trois dernières années. Il ne s'agit pas d'une sortie de trésorerie brute car il y aura une participation de l'OPCO santé ajoutée aux cotisations passées non exploitées. L'établissement cotise à hauteur de 2,3% au lieu du taux légal de 1,1%. Cela permet de bénéficier d'une enveloppe de formation plus importante. La négociation du CPOM peut permettre d'obtenir une enveloppe formation plus élevée ce qui allègerait le coût global.

¹³⁶ Modulation de la masse salariale réalisée entre les départs et les arrivées de nouveaux salariés

C) Améliorer l'efficacité du PASA en formant des salariés relais dans les unités de vie

Pour résoudre le problème d'accompagnement des résidents ayant des troubles neurocognitifs je souhaite transformer le PASA. Je confirme le rôle **de soutien et d'accompagnement spécifique** au travers d'activités thérapeutiques définies et former des salariés dans chaque équipe et unité de vie à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées.

Le bénéfice attendu est la possibilité de bénéficier d'un accompagnement adapté en unité de vie et en PASA pour les résidents ; soignants aptes à interagir et comprendre les résidents identifiés ; PASA devient un dispositif de soutien et de renfort dans l'accompagnement.

Le risque évalué est le stress généré par la perte de repères spatiotemporels des résidents ; peur (dû à la méconnaissance) du public de la part de certains salariés. Coût financier important. De façon à compenser ce risque l'aménagement des unités de vie doit être repensé et des devis à établir. Dans l'immédiat, je souhaite former des salariés relais de l'accompagnement spécifique dans chaque unité de vie. Ce qui permettra une prise en soin quotidienne et adaptée pour les résidents Alzheimer ne nécessitant pas d'être en unité protégée (résident en début de maladie, résident Alzheimer dépendant).

D) Créer une équipe hôtelière pour garantir un service attentif, adapté et professionnel

Le glissement de tâches est dû à une priorisation du soin. Elle a également eu pour effet de négliger l'aspect hôtelier de la Maison. Pour y remédier, je souhaite créer une équipe hôtelière de 14 salariés (11 AHS réaffectées aux missions d'entretiens auxquels s'ajoutent les 3 salariées actuellement commis de cuisine) pilotée par le Responsable Logistique et hôtellerie de la Maison. Quatre réunions sont prévues avec l'équipe sélectionnée pour déterminer. Participer à la construction d'un service permet aux salariés de définir les missions qui lui incombent, de définir une organisation de travail respectueuse de leurs valeurs et incluant la connaissance des habitudes de vie des résidents. Lors de ses réunions, les équipes auront à définir : les missions du pôle hôtelier, les tâches spécifiques du poste et les besoins de formation (manutention de matériel spécifique type auto-laveuse, formation hygiène / HACCP, manutention de produits chimiques / identification de l'usage des produits), les procédures de travail, l'organisation des besoins par unité de vie.

Ajouté à l'expertise des salariés de la Maison, le recrutement de nouveaux équipiers du secteur hôtelier (service en salle et service d'étage) permet de gagner en compétence. Le contrat de prestation de produits et matériel d'entretien prévoit 10 heures de formation annuelle sur l'emploi des produits et la formation aux gestes pratiques. Il est prévu d'utiliser ces heures en formation collective 5 x 2 heures ce qui n'impacte pas le budget.

Le coût financier de ce vaste programme de formation nécessite une planification à long terme. Parallèlement, je souhaite développer l'offre de service de La Maison afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement répondant aux spécificités des 3 publics (peu dépendant, dépendant physique et dépendant cognitif).

3.3 Diversifier l'offre de service pour apporter une réponse ajustée aux besoins des personnes vieillissantes

Le recrutement du médecin coordinateur à temps plein nous a permis de rassurer les équipes soignantes grâce à un accompagnement quotidien, rassurer les résidents et leur famille et réactiver la commission d'admission qui n'était plus effective. A cette même période nous avons entamé les premières rencontres avec l'ARS et le département pour la préparation du CPOM. Nous avons pris l'engagement d'établir des critères d'admissions stricts pour les différents dispositifs : âge, niveau de dépendance, besoins médicaux, isolement et situation d'urgence. Nous avons constaté des demandes majoritaires de trois publics très différents. Ainsi, il nous est apparu essentiel de réfléchir à l'évolution des dispositifs existants et la mise en œuvre de nouveaux.

3.3.1 Faciliter l'intégration des résidents en courts séjours en ventilant les places d'hébergement temporaire au sein des unités de vie

Afin d'améliorer les conditions d'accueil des personnes en hébergement temporaire je souhaite ventiler les 12 places affectées à l'aile ouest du 3^{ème} étage dans les services. Ainsi, les personnes accueillies pour des séjours courts pourront être intégrées plus facilement et chaleureusement à la communauté de Saint-Cyr dans une unité de vie stable qui a une identité propre. Cette initiative permettra à toutes les équipes de développer une identité dans chaque unité de vie et saura plus à même d'intégrer de nouveaux résidents que dans une unité qui ressemble davantage à un moulin dans lequel les mouvements d'entrée et de sortie incessants angoissent les résidents. De plus, deux places seront attribuées à la future unité de vie protégée. Cela permettra de proposer un service supplémentaire dans l'offre de répit aux aidants. Ainsi, cette disposition permettra d'améliorer l'accompagnement individuel de ce public et saura plus à même de convaincre des résidents de solliciter un séjour temporaire ou permanent ultérieurement.

3.3.2 Accueillir les résidents atteint de maladie neurodégénérative dans une unité de vie adaptée

Afin d'assurer la continuité de l'accompagnement des personnes sortant du PASA et de sécuriser leur vie quotidienne, mais aussi d'intégrer directement des usagers présentant des troubles neurocognitifs majeurs, je souhaite créer une **Unité de Vie Protégée (UVP)**. L'objectif est de faire vivre et cohabiter des personnes atteintes de

troubles comportementaux, sans contrainte et en toute sécurité dans un lieu spécifiquement adapté, et ceci dans le respect de la dignité et du bien-être, pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs proches ainsi que les soignants qui y travaillent. Dans ce cadre, un concept d'agencement spécifique a été défini pour les unités de vie protégées dédiées à l'accueil de ces malades, à partir des troubles des malades et en s'appuyant sur les principes directeurs suivants :

- Pour **la personne accueillie** : libre déambulation sans contrainte, accessibilité, orientation spontanée vers les lieux de vie et sa chambre par un système de repérage adapté, et une surveillance permanente passive et non dirigée.
- Pour les **familles** : être rassurés de voir son proche évoluer dans une atmosphère sereine avec des professionnels qualifiés ; trouver un lieu d'accueil et d'écoute et partager des moments d'intimité familiale.
- Pour les **personnels** : après une formation spécifique et adaptée, travailler en toute sérénité dans un lieu ergonomique ; avoir des lieux dédiés pour les résidents qui présentent des troubles de comportement, ainsi que des lieux plus au calme pour les activités thérapeutiques.

Ainsi, l'UVP doit être définie comme **un lieu de vie composé de repères spatiotemporels** et constitué **de différents espaces** pour favoriser l'apaisement et la vie quotidienne. Un **espace de vie commune** (équipé d'une cuisine thérapeutique) placé dans un endroit qui permet la surveillance passive, soit à partir des couloirs des chambres, soit à partir de l'entrée de l'unité. Une UVP ouverte bénéficiant d'une **luminosité naturelle abondante** dans l'espace de vie pendant toute la journée (et artificiellement la nuit), en contraste avec un éclairage atténué dans les couloirs des chambres (de jour comme de nuit) et ce, pour guider naturellement la déambulation vers la zone de plus forte luminosité (soit l'espace de vie) et redonner des repères dans l'alternance jour/nuit. Ce dispositif peut être complété par des décorations murales dans les zones de circulation, pour donner un mouvement vers le lieu de vie et orienter la déambulation. D'une **zone de déambulation sécurisée** et **sans entrave** (prévention du risque de chute, absence du sentiment d'enfermement). D'un **jardin ou une terrasse protégée(e)**, accessible depuis le lieu de vie, de forme circulaire et équipé(e) de zones de repos. Des ateliers de stimulation occupationnels ou thérapeutiques (exemple : potager, jardinage...) peuvent y être organisés. Des lieux plus intimes appelés **salon des familles** pour faciliter les visites. Des **chambres individuelles spacieuses** (entre 20 m² et 24m²), avec des sanitaires privés, équipées d'un **meublier adapté et spécifiquement créé** (lit médicalisé Alzheimer, placards à système de fermeture « intelligent », appel malade sans fil, veilleuse, luminosité artificielle variable, diffuseur d'arômes palliant la médication). Un **poste de soins**, verrouillé permet de répondre aux besoins et de veiller aux déambulations de jour comme de nuit. Adjoints à ce dernier, une balnéothérapie et un

espace **Snoezelen**, partagés avec les autres services, sera accessible afin que tous les résidents puissent en profiter. Enfin, de façon à créer une « réminiscence » les couleurs et la décoration proposera des « passerelles » entre modernité et époque passée (présence de mobilier et motifs des époques 60-80 en évitant les effets miroirs, sources de stress. Quelques travaux d'aménagement sont nécessaires :

ACTUEL	UTILISATION ENVISAGEE
Chambres	12 chambres à conserver
Couloir	Accès extérieur : installer une porte coupe-feu avant les marches et laisser l'accès libre pour une évacuation en cas d'incendie.
Bureau des animateurs	Cet espace était pensé pour être un espace collectif, il peut être aménagé et équipé en mobilier pour un usage type tisanerie et salon commun. Le bureau des animateurs peut être transféré au premier étage dans l'oratoire ; avantage : superficie x2
Extérieur	Le bureau des animateurs donne sur une terrasse qui peut être clôturée car surplombant le parking et le parc Saint-Cyr. Elle peut être aménagée avec des jardinières et des meubles de jardin.
Bureau de l'IDEC	Il peut être transformé en salle Snoezelen, espace dédié à l'exploration sensorielle et au bien-être. Ce dispositif efficace pour les personnes atteintes de troubles neurologiques pour les apaiser et les aider à communiquer. Il est actuellement utilisé via un chariot mobile dans les services. Il peut être déplacé au 2 ^{ème} étage près du bureau du Médecin coordinateur dans la salle de réunion réservée aux infirmières.
Local logistique	Usage conservé

Un travail d'analyse financière est à mener pour connaître les modalités de financement du projet. Le montant global de la réalisation est à estimer après réception des devis. Cependant, nous pouvons compter sur :

- L'entreprise CEGI Alfa qui s'est engagé à travers sa politique RSE¹³⁷ à financer un projet de notre choix à hauteur de 5.000€
- Un plan général de réhabilitation avec le bailleur (mairie de Rennes) et les architectes des Bâtiments de France dans l'aménagement des locaux.

3.3.3 Habitat intermédiaire : répondre à la demande des personnes âgées peu dépendantes

L'application du décret n° 2019-629 du 24 juin 2019 relatif à l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et âgées, les recommandations de la loi ELAN et dans le plan régional de santé « organiser le parcours des personnes », « améliorer la gradation de l'offre » et « prévenir et accompagner la perte d'autonomie de la personne âgée »¹³⁸ nous permet d'envisager ce projet. **L'objectif de la création d'un habitat intermédiaire est**

¹³⁷ RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises

¹³⁸ ARS Bretagne, Schéma régional de santé 2018-2022

de répondre aux demandes d'admissions nombreuses des personnes vieillissantes peu ou pas dépendantes que Saint-Cyr reçoit (180). L'enquête dirigée en 2019 a suscité un vif intérêt. Pour cela, il est prévu de récupérer¹³⁹ l'aile annexe du bâtiment située au n°57, accolée à la résidence. Ce dispositif donne la possibilité de solliciter un professionnel à toute heure du jour et de la nuit, d'offrir un accompagnement médical et social en fonction des besoins individuels, de proposer un panel de dispositifs et de préparer l'entrée en EHPAD. Il garantit une continuité de parcours en instaurant une transition en douceur entre le domicile propre et l'EHPAD. Il propose une architecture permettant **une proximité entre l'habitat intermédiaire et l'EHPAD**. Ce projet dans son ensemble permettra de réhabiliter 850m² en proposant une vingtaine de studios pour personnes seules et 2 à 3 logements de type T2. Chacun de ces logements bénéficiera d'un espace nuit et d'une salle de bain individuelle. Ce projet pourra s'étendre également au bâtiment n°61, annexe de la résidence¹⁴⁰. Ainsi, c'est 450m² supplémentaire qui seraient exploitable proposant une dizaine de studios et 2 à 3 appartements T2. Ces annexes sont intégrées à l'architecture globale de la Maison Saint-Cyr et par conséquent soumis à la réglementation des Bâtiment de France. Le coût de la réhabilitation sera très élevé (les services municipaux ont estimé le gros œuvre à 2,5 millions d'euros ce qui reviendrait à 73 500€ la place). Une étude complète est à mener avec le bailleur, un cabinet d'architecte expert en réhabilitation de bâtiment médico-social et les architectes des bâtiments de France. L'évaluation de l'impact financier de ce projet à partir des éléments comptables permet **d'estimer des tarifs concurrentiels**¹⁴¹ :

Niveau de dépendance	COÛT MAISON SAINTCYR	TARIFS DE L'UNION	TARIFS DU CCAS
PA évaluées GIR 5 et 6	Semaine : 21,70 € HT / H D+Jours fériés : 27,07 € HT / H	Semaine : 22,00 € HT / H D+Jours fériés : 31,17 € HT / H	Semaine : 22,36 € HT / H D+Jours fériés : 29,43 € HT / H
PA évaluées GIR 1 à 4	Semaine : 24,64 € HT / H D+Jours fériés : 27,43 € HT / H	Semaine : 27,23 € HT / H D+Jours fériés : 31,23 € HT / H	Semaine : 25,39 € HT / H D+Jours fériés : 29,05 € HT / H

Créer une convention partenariale avec un Service d'Aide A Domicile (SAAD) associé à La Maison Saint-Cyr est impératif pour garantir le confort et des personnes accueillies et assurer une continuité de parcours. De plus cette option, du fait du regroupement des personnes sur le même lieu permettrait d'optimiser le temps de travail en supprimant les temps de déplacement. Le **SAAD nécessitera la création de 4,4 ETP**¹⁴². L'étude de

¹³⁹ L'article n°7 du bail de mise à disposition datée de 1989 prévoit une rétrocession du n°57 en 2030 ; cependant seules deux sœurs, dont la dépendance croît, vivent dans le bâtiment.

¹⁴⁰ Projet municipal d'augmentation des places d'accueil d'urgence liées au 115 actuellement au n°61

¹⁴¹ Projet d'évaluation stratégique de la Maison Saint-Cyr, 2022-2027

¹⁴² Estimation fondée sur 2H hebdomadaire pour les personnes peu dépendantes (GIR 5 et 6) et 1,5H en moyenne pour les personnes dépendantes (GIR 1 à 4).

financement (avec un PLS¹⁴³) réalisée en 2019 permettra de proposer un loyer à 423€ mensuel. En comparaison le loyer moyen d'un studio de 25m² oscille entre 450€ et 550€. Selon les modalités de fonctionnement choisies par le CA, le coût mensuel par personne ont été calculé et présenté dans le tableau ci-dessous :

Niveau de dépendance	SAAD DE JOUR	SAAD DE NUIT	COUT TOTAL MENSUEL	APA DOMICILE	RESTE À CHARGE
PA GIR 5 et 6	190,71 € 2H hebdomadaire	52,06 € Prestation 1 ¹⁴⁴	242,77 €	/	242,77 € hors participation caisse de retraite
PA GIR 4	674,26 € 0,84H par jour		977,94 €	665,61 €	312,33 €
PA GIR 3	1 011,40 € 1,26H par jour	303,68 € HT Prestation 2 ¹⁴⁵	1 315,08 €	997,85 €	317,23 €
PA GIR 2	1 396,69 € 1,74H par jour		1 700,37 €	1381,04 €	319,33 €

Ce coût, hors frais de bouche est sensiblement équivalent à celui d'un hébergement permanent à l'EHPAD (en moyenne 1800€ / mois)

3.3.4 Disposer d'une offre complète grâce à des partenariats à identifiés

Pour obtenir des soins d'hygiène, les personnes seront amenées à solliciter un SSIAD d'une autre structure. Je prévois dans le cadre de ce projet de signer une convention avec un partenaire SSIAD et CSI pour les actes de soin. Puisque les SSIAD sont sectorisés. Il convient de se rapprocher de celui piloté par le CCAS opérateur du secteur. Or, celui-ci n'est pas appuyé par un CSI. Le Choix retenu est un conventionnement avec un cabinet infirmier libéral du secteur. Signer une convention entre organismes gestionnaires favorise la continuité de parcours et garantit une attention accrue de la qualité de service fondé sur une référentiel commun et connu de tous. Pour évaluer les besoins et assurer une coordination, le Conseil d'Administration a retenu la proposition d'un acteur mutualiste rennais avec qui nous avons par le passé porté des réponses communes aux appels à projets. Celui-ci assurerait également, grâce à un système connecté de téléalarme, les interventions de nuit. Toutefois, l'hypothèse de la présence continue d'un salarié de nuit me paraît essentiel ; la création d'un poste est envisagée en sus soit 1,5 ETP.

¹⁴³ PLS : Prêt Locatif Social ; Les logements financés par le biais d'un Prêt locatif social (PLS) sont accessibles aux personnes ne dépassant le plafond de ressources de 26 395€ (pour une personne seule). En comparaison, les plafonds sont de 11 342€ pour les logements financés par un prêt locatif aidé d'intégration (PLAI) et de 20 623 € pour ceux financés par un locatif à usage social (PLUS).

¹⁴⁴ Estimation de 8h d'interventions non programmées annuelles

¹⁴⁵ Estimation d'un passage programmé par nuit de 15 min, soit 8h d'interventions non programmées annuelles

3.4 Le plan d'action, mettre en œuvre les leviers favorisant l'évolution et la diversification de l'offre de la Maison Saint-Cyr

Pour une meilleure lisibilité des actions précitées, je vous propose une lecture plus confortable grâce à un diagramme de Gantt fourni en annexe 23, p. XIV et XV.

3.5 Le plan de communication : informer pour fédérer prendre un nouveau cap afin de garantir un accompagnement cohérent

Un projet est un marathon. Il s'inscrit dans la durée. Il exige une souplesse pour ne pas être emporté par les aléas du quotidien. La refonte du projet d'établissement ainsi que la diversification de l'offre nécessitent une communication pérenne adaptée aux publics ciblés (résidents, salariés, partenaires, prestataires) afin de soutenir le développement et la pérennité du projet. Elle s'inscrit dans une logique fédérative et participative de toutes les parties.

3.5.1 Informer et rassurer les résidents et les familles

Le prochain CVS (oct-21) apparaît le moment opportun de présenter la démarche à venir, les orientations stratégiques et la diversification de l'offre. Ceci permettra d'informer et d'inclure les personnes concernées dans la démarche. Je présenterai le projet d'évolution et managérial. La présence de la Présidente de l'association Saint-Cyr favorisera à valoriser et soutenir le projet. Pour sensibiliser chaque résident et chaque famille, individuellement, un courrier de présentation des projets sera rédigé et envoyé. Il sera lu aux résidents qui en ont besoin par le salarié référent. Une réunion d'information sera programmée pour octobre de façon à répondre aux questions et détailler la planification des projets. Pour soutenir ce programme, afin d'impulser la démarche d'autodétermination un questionnaire accompagnera le courrier. Il portera sur la vie sociale dans la Maison Saint-Cyr et proposera 3 thématiques : le confort de vie (hôtellerie, restauration, les relations sociales et l'animation). Ces réponses viendront nourrir la démarche des projets personnalisés. Un édit sera également écrit dans la gazette mensuelle de la Maison. Lorsque la démarche sera amorcée, une communication d'information sera diffusée par écrit dans un courrier trimestriel. Cette information fera un point de situation et annoncera les actions à venir. Il permettra à tous de répondre et de m'interroger. Enfin une publication de l'actualité de la Maison sera diffusée sur la page du réseau social Facebook sollicité par les familles

3.5.2 Fédérer et impliquer les équipes

Les équipes seront également informées du projet managérial et de l'évolution de l'offre. Elles auront également à participer au courrier trimestriel où il sera fait mention de l'avancée de leur réflexion tant en termes d'organisation que d'accompagnement. Le

développement du salon réminiscence, la pédagogie Montessori, les projets d'animation y trouveront leur place. Ainsi mobilisées, les équipes se fédèreront autour de leurs projets. A leur intention, je ferai publier les groupes de travail et les documents d'information sur le tableau d'affichage que j'installerai entre leur vestiaire et l'accès aux unités de vie, afin qu'ils puissent en prendre connaissance. Une synthèse des travaux sera communiqué par voie électronique sur la messagerie professionnelle de chacun.

Afin de porter ensemble ce programme, je leur présenterai le projet de direction dans une réunion plénière, accompagné des membres du CODIR, qui aura lieu sur 4 créneaux afin que tous puissent y assister. J'y présenterai la vision puis les objectifs et les grandes étapes des projets (établissement et diversification de l'offre) notamment la pédagogie d'accompagnement choisie et les. Suite à cela, les groupes de travail seront proposés permettant à chaque salarié de s'impliquer dans la démarche des projets présentés. La refonte du projet d'établissement et tous les travaux collaboratifs sont un moyen complémentaire pour apprendre à faire équipe et travailler ensemble. Cette participation des salariés se fera donc sur le volontariat. Dans cette dynamique participative, les pilotes de groupes de travail rendront compte mensuellement de l'avancée de leurs travaux. Cela contribuera à créer une dynamique de groupe et d'échange, responsabilisera et valorisera leur investissement, dans la logique du management agile. Enfin, cette stratégie permettra de réduire le risque de résistance au changement car les inquiétudes liées au processus de transformation est essentiellement due à la crainte de perte.

3.5.3 Solliciter les acteurs et partenaires

Afin de porter les projets de la Maison Saint-Cyr auprès des partenaires et institutions publiques, j'inscris la maison dans une nouvelle dynamique relationnelle avec ces acteurs. Ainsi, je participerai aux instances fédératives, associatives et institutionnelles des partenaires identifiés soit par une présence active grâce aux administrateurs membres du Conseil d'Administration (CD, Municipalité, CCAS, CHU), soit par les fonctions du CODIR dans les réseaux professionnels (comité départemental des médecins coordonnateurs, réseau gérontologique), soit dans les réseaux actifs (partenariats HAD, polyclinique, SSIAD).

Une présence active et une publication régulière sur les initiatives et les innovations de la Maison sera publiée sur le réseau social LinkedIn, prisé par les professionnels. Les portes ouvertes des dispositifs (unité Alzheimer, habitat intermédiaire) seront appuyées d'une invitation de la presse locale

Conclusion

La Maison Saint-Cyr est, et restera, un acteur social historique de Rennes. Ouverte depuis 1989, elle accueille 152 personnes dans divers dispositifs d'accueil diurne, temporaire ou permanent. Tenue par des valeurs d'ouverture sur la cité, de bien-être et d'innovation elle fait preuve d'un dynamisme qui fait sa renommée. Depuis 2018, des crises sociale et sanitaire successives ont marqué un fort ralentissement dans l'accompagnement. L'évaluation du projet d'établissement est insatisfaisante. La diversité des populations accueillies (personnes vieillissantes dépendantes, atteintes de maladies neurodégénératives ou en situation de handicap) nécessite de revoir les réponses actuelles et de diversifier les dispositifs pour assurer une qualité d'accompagnement. A la veille de la négociation CPOM, il est primordial de refonder le projet d'établissement pour garantir le respect de la dignité de chaque résident et la continuité de parcours.

La vieillesse n'est pas comprise de la même façon selon la culture et l'âge. Elle est multiple et inégale. Pour cela je préfère appeler notre public « personnes vieillissantes ». Le modèle de l'EHPAD actuel ne satisfait plus les personnes qui souhaitent vieillir chez elles. Les orientations politiques concourent à favoriser ce modèle d'accompagnement. Dans un contexte de forte croissance du nombre de personnes vieillissantes et de personnes atteintes de maladies neurodégénératives, la Maison Saint-Cyr doit donc proposer une offre qui réponde à l'enjeu du désir de vieillir chez soi. Se sentir chez soi, à l'EHPAD, lieu de vie individuel, pour tous : « demain, je choisirai d'habiter chez moi » avec dignité.

En premier lieu, je veillerai à l'actualisation des projets personnalisés des résidents afin de connaître leurs attentes. Ces projets seront le socle de notre futur projet d'établissement. Dans un deuxième temps, je conduirai une transformation de la culture d'accompagnement. En passant du soin au prendre soin je remettrai au cœur de notre accompagnement le lien social et les relations humaines. J'inscrirai cette démarche à travers 3 axes : une organisation de travail fondée sur le rythme de vie des résidents, une formation du personnel non diplômé et un management alliant empathie, proxémie et congruence. Ceci définira la zone d'autonomie et de responsabilité des équipes et leur assurera un bien-être individuel et collectif. Enfin, je diversifierai les réponses (réorientation du PASA, continuité de l'accompagnement entre les différents services, ouverture d'une unité de vie protégée, ouverture d'un habitat intermédiaire). Ces projets favoriseront le retour à la culture d'innovation inscrit dans son ADN.

C'est à travers la refonte du projet d'établissement que j'engage la Maison Saint-Cyr vers son futur porté par l'ensemble des équipes. Elle se doit d'anticiper les évolutions sociales pour répondre à l'enjeu fondamental qui est de prendre soin de nos aînés pour répondre aux aspirations des futures générations car si la population actuelle chante Brel et Ferrat, la suivante danse sur les Beatles et Johnny Halliday.

Bibliographie

- AGENCE D'URBANISME ET DE DEVELOPPEMENT INTERCOMMUNAL DE L'AGGLOMERATION RENNAISE, Les Profils démographiques des territoires brétiliens et de l'aire urbaine rennaise, 2018
- AMOUROUX C. et BLANC A., Erwin Goffman et les institutions totales, L'Harmattan, 2001
- AMYOT J-J., Travailler auprès des personnes âgées, Paris, Dunod, 4^{ème} édition, 2016
- ANACT, La qualité de vie au travail, ANACT, 2014, p.2
- ANAP, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, premiers enseignements, juin 2018, 47p.
- ANAP, Transformation de l'EHPAD : s'adapter aux nouveaux besoins des personnes, juillet 2020, 61p.
- ANCREI, Le vieillissement des personnes vieillissantes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ? décembre 2018
- ANESM, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles combattre la maltraitance, mars 2008
- ANESM, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Saint-Denis, 2008
- ANESM, L'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social, février 2009
- ANESM, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles, janvier 2012
- ANTOINE P., GOLAZ V. et SAJOUX Muriel, 2009. « Vieillir dans les pays du Sud : mieux connaître les solidarités privées et publiques autour de la vieillesse en Afrique », Retraite et société n°58 (2), p. 184-188
- ANTOINE P., GOLAZ V., 2010. « Vieillir au Sud : une grande variété de situations », Autre part, n°53, p. 3-15
- ARGOUD D. « La décentralisation de la politique vieillesse, vers une accentuation des inégalités ? », Gérontologie et société n° 123, avril 2007, pages 201 à 212
- ARISTIOTE, La Rhétorique, V^{ème} siècle av ? JC.
- ARS Bretagne, Plan régional de Santé 2018-2022, 377p.
- ARS Bretagne, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, mars 2019, 24p.
- AUGE M, Une ethnologie de soi. Le temps sans âge, éditions Librairie du XXI^{ème} siècle, Seuil, 2014
- BACHELARD G. La poétique de l'espace, Paris, PUF, 5^{ème} édition, 1992 p.26
- BERNARD N. J'habite donc je suis, Éditions Labor, Bruxelles, 2005
- BERREZAI O., « La Maison Saint-Cyr se raconte au fil des siècles », Ouest France, 3/07/2017
- Ouest France, « Rennes. Pour ses 84 ans Angèle s'invite à l'ARS pour parler du sort des « vieux » dans les EHPAD », 7 août 2021

BOUTINET J-P., DESREUMAUX A., RICHEBE N., BRECHET J-P., « Le projet dans l'action collective ». Humanisme et Entreprise, 2019, p5-12.

BOUTINET J-P., « L'approche sociohistorique de la vie adulte. À propos d'un concept sémantiquement flottant », Psychologie de la vie adulte, Paris, Presses Universitaires de France, 2020, p11-23

BROUSSY L., Les personnes âgées en 2030, Matières Grises, septembre 2018

BROUSSY L. L'EHPAD du futur commence aujourd'hui, Matières grises, mai 2021

BROUSSY L. Nous vieillirons ensemble. 80 propositions pour un nouveau pacte entre générations, mai 2021

CAMPEON A. « Vieillesse ordinaires et solitudes », Gérontologie et société n°138, 2011, p. 217-229

CAMP C. J., Alzheimer, une vie plein de défis : des solutions pratiques pour un quotidien apaisé, ESF Sciences Humaines, juin 2019, 180p.

CARADEC, V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Armand Colin, 2012

CAOUILLE M., PLICHON R., LUSSIER-DESROCHERS D., Autodétermination et création du « chez-soi » : un nouvel enjeu pour les technologies de soutien aux personnes en situation de handicap, CREIS-Terminal, Éditions Terminal n°116, pp. 1-13.

Centre de Ressources CARPE DIEM <https://alzheimercarpediem.com/laproche-carpe-diem/laproche-carpe-diem/>

CERESE F. « Les apports de l'architecture pour que les EHPAD entrent dans une logique domiciliaire », Réflexions immobilières n°85, 2018

CHARAS K. Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, accompagner autrement avec les interventions psychosociales et environnementales, Éditions In Press, 2020, 314p.

CHARLOT J-L., L'habitat inclusif, où en est-on ? Les cahiers de l'actif n°534-535, 2020, p9-30

CNSA, Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, CNSA, 2012

CNSA, La situation des EHPAD en 2017, mars 2019

CONSEIL DEPARTEMENTAL D'ILLE-ET-VILAINE, Schéma départemental pour l'autonomie, 2014-2019

COUET D., PATURET J-B. Le métier de directeur, technique et fictions, Éditions ENSP, 2^{ème} édition corrigée, 2002

DE BEAUVOIR S. La vieillesse, Gallimard, 1970, réédition Folio, 2020

DE STINGLY F. Libres ensemble, Paris, Nathan 2000, chapitre 9.

DESEQUELLES A., « L'enquête HID-prisons », Courrier des Statistiques, n°107, 2003

DESEQUELLES A., Le réseau familial des personnes âgées. Voisiner au grand âge, Paris, Dunod, 2004

DRESS, Enquête auprès des EHPAD 2015-2019, nov. 2015 mis à jour en janvier 2021

<https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/587-l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/>

DREES : L'accueil des personnes âgées en établissement, septembre 2017

DRESS, Les EHPAD à l'horizon 2030, décembre 2020

DRESS, Le taux d'encadrement dans les EHPAD, ses déterminants, n°68, décembre 2020

DUSAUTOIS M., DE LUCA A., LE CHARPENTIER G., Alzheimer autrement 100 activités pour plus de vie : la méthode Montessori pour les personnes âgées, ESF Sciences Humaines, Paris, 2019

EL KHOMRI M., Rapport portant sur l'attractivité valorisation des métiers du grand âge et de l'autonomie, octobre 2019

ELOI M., MARTIN Ph. Éthique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement, HAL, Février 2016

ENNUYER B. Les Malentendus de la dépendances, Paris, Dunod, 2002

EYNARD C. SALON D. Architecture et Gérontologie. Peut-on habiter une maison de retraite ?, L'Harmattan, 2006, 213p.

FNADEPA, 25 propositions pour réformer durablement l'accompagnement des personnes âgées !, 2021, 24p.

FOUCAULT Michel, La Volonté de savoir, Gallimard, 1976

FRANCE ALZHEIMER 100 idées pour accompagner une personne malade d'Alzheimer, Éditions Tom Pousse, 2015, 199p.

FRANCE ALZHEIMER ET SANTE PUBLIQUE FRANCE, Les maladies neurodégénératives en France, 2019

FAVRE Nathalie, L'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs, Jusqu'à la mort accompagner, PUF, Grenoble, 2017 p.85-92

<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2017-3-page-85.htm>

FEIL Naomi, LA VALIDATION, pour une vieillesse pleine de sagesse, 4^{ème} édition, Lamarre, avril 2018

GERONTOPOLE DE TOULOUSE, Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement. Réflexion sur les critères de définition et missions, août 2008, 30p.

GINESTE Y., PELLISSIER J. Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux, Armand Colin, 2010

GINESTE Y., PELLISSIER J., HUMANITUDE, 4^{ème} édition, Armand Colin, février 2011, Paris

GIL R, PORIER N., Alzheimer : de Carpe Diem à la neuropsychologie, éditions érès, Québec, septembre 2018

GUEDJ J., BROUSSY L., KHUN-LA FONT A., Les personnes âgées en 2030. État de santé, démographie, revenus, modes de vie, portrait-robot de la génération qui vient, Matières Grises, septembre 2018, 51p.

GUEDJ J., BROUSSY L., KHUN-LA FONT A., L'EHPAD du futur commence aujourd'hui, propositions pour un changement radical de modèle, mai 2021, 77p.

GUILLEMARD A-M. La retraite une mort sociale, Paris, Mouton, 1972

GZIL F., Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ?, janvier 2021 p.64

HEIDEGGER M., Être et temps, 3^{ème} volume, Paris, Gallimard, 1969, p.386

HESLON C., Les âges de la vie adulte comme formation de soi. Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation, Genève, AREF, 2010, p. 1-3

HSTV, Expérimentation d'EHPAD hors les murs, 12-déc.-2019

IBORRA M. « Missions flash sur les EHPAD », 13 septembre 2017 INSEE, Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement : comparaisons départementales, 31/12/2017

INSEE, La population française 2020

JANVIER R., Performance et Bienveillance, novembre 2020 :

<https://www.rolandjanvier.org/articles/1521-bienveillance-et-performance-seconde-partie-une-conflictualite-a-cultiver-27-11-2020/>

KMPG, Observatoire national des EHPAD, 2015

LALIVE D'EPINAY C., SPINI D. Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans, Québec, Presses de l'université Laval, 2008

LAUGIER S., MOLINIER P., PATRICIA PAPERMAN P., Qu'est-ce que le care ? souci des autres, sensibilité, responsabilité, Payot, Petites Bibliothèque Payot, mai 2021

LE DISERT-JAMET D., « Approche psychosociale de la démence : construction et déconstruction de soi et prise en charge de la maladie », Gérontologie et société. N° 72, 1995/03, p.32-40

LEFEVRE P. (sous la direction) Guide du Management stratégiques des organisation sociales et médico-sociales, Dunod, Paris, 2006, 558p.

LENOIR R. « L'intervention du 3^{ème} âge », Actes de la recherche en sciences sociales n°26, 1979, p57-82

LE RENNAIS, Dossier de presse :

<http://maisonsaintcyr.com/animation/planete-seniors/>

LEVINAS E. Totalité et infini, essai sur l'extériorité, Paris, Edition de poche, 2000

LIBAULT Dominique, Concertation nationale du grand âge et de l'autonomie, mars 2019, 225p.

LOUBATJ-R. Élaborer son projet d'établissement social et médico-social : contexte, méthodes, outils, DUNOD, Paris, 1997, 264p.

LOUBAT J-R., « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », Les Cahiers de l'Actif, p.446-447, 2013

LOUBATJ-R. Penser le Management en action sociale et médico-sociale, DUNOD, 3^{ème} édition, Paris, 2019, 464p.

LOUBAT J-R., Optimiser les ressources des organisations de l'action sociale et médico-sociale. Malakoff, Dunod, 2020

- MESSY J., La Personne âgée n'existe pas, Paris, Payot, 1993, réédition 2002
- MIRAMON J-M. COUET D., PATURET J-B., Le métier de directeur, technique et fictions, Éditions ENSP, 2^{ème} édition, Rennes, 2002, 272p.
- NGATCHA-RIBERT L. « D'un no man's land à une grande cause nationale », Gérontologie et Société n°123, 2007, p.229-247
- Pierre BIENVAULT P., « Rennes sera-t-elle la première ville « *Dementia Friendly* » en France ? », La Croix, septembre 2019
- <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Sante/villes-accueillantes-envers-malades-dAlzheimer-2019-09-20-1201048798>
- PAILLAT, P., THEVENET, A., GUISSSET M-J., et al. Vieillir en collectivité, Gérontologie et société, juin 1995, n°73, 198p
- PELLISSIER Jérôme, Ces troubles qui nous troublent, Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels, Erès, octobre 2019
- PETITS FRERES DES PAUVRES, La solitude et l'isolement des personnes âgées en France, Matières Grises, décembre 2019, 120p.
- PIN LE CORRE S., Perception sociale de la maladie d'Alzheimer : les multiples facettes de l'oubli, Fondation Nationale de Gérontologie, 2009/1 vol. 32, n°128-129, pages 75 à 88
- PIQUERAS A. Risques et responsabilités en action sociale, ESF Éditeur, Issy-les-Moulineaux, 2005, 171p.
- PIVETEAU D., WOLFROM J. Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !, juin 2020
- PLATON, La République, V^{ème} siècle av. JC.
- SAJOUX M., 2015. « Introduction : penser les vieillesse à l'aune des diversités africaines », Mondes en développement, n°171, p. 7-10.
- SANTE PUBLIQUE FRANCE, Maladie d'Alzheimer et autres démences, 17 juin 2019,
- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/>
- SAVARY R-P., Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, fait au nom de la commission des affaires sociales, rapport n°116-114-3, source : senat.fr, déposé le 9 novembre 2016
- SCHMITT Michel, Bienveillance et qualité de vie, prévenir les maltraitances pour des soins et une relation d'aide humanistes, édition Elsevier Masson, septembre 2013, p.220
- TAYLOR Ch. « Quel principe d'identité collective », L'Europe au soir du siècle, Identité et démocratie, ouvrage collectif J. LENOBLE et N. DEWANDRE, Paris, Esprit, 1992, 323p.
- VEYSSET B. Dépendance et vieillissement, Paris L'Harmattan, 1989

TEXTES REGLEMENTAIRES, CIRCULAIRES, DECRETS, LOIS

Code de la Santé Publique, L1110-4 et suivants

Code de l'action sociale et familiale 113-1 et suivants

Circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29/11/2011 : organisation de l'accueil de jour et d'hébergement temporaire

Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD

Ministère du Travail, des solidarités et de la fonction publique, CIRCULAIRE n° DGCS/2A/2010/254, relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS, 23 juillet 2010

Ministère des solidarités et de la santé, CIRCULAIRE n° DGCS/SD2A/2014/58, relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS, 20 février 2014

DOCUMENTS INTERNES

Projet associatif 2021

Projet d'établissement 2015-2020, 56p.

Convention tripartite, octobre 2014-2019

Rapports d'activités 2018 et 2019, 19p.

Rapport d'étonnement du directeur 24/08/2020

Rapport du cabinet de management AITIK, 30/09/2020

Rapport de Ouest Facilities, Maintenance et logistiques, 4/11/2020

Évaluation interne, 2013

Évaluation externe, 2014

Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, avril 2015

Déclarations des évènements indésirables, Agéval

ERRD 2019 et EPRD 2020

Contrat de séjour, 2012

Livret d'accueil du salarié, 2020

Site web officiel de la Maison Saint-Cyr : maisonsaintcyr.com

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Photographie de la façade ouest de la Maison Saint-Cyr

ANNEXE 2 : Dossier de presse Maison Saint-Cyr

ANNEXE 3 : Références législatives et réglementaires

ANNEXE 4 : Extrait du Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse

ANNEXE 5 : Charte des personnes âgées, 8 septembre 2003

ANNEXE 6 : Plan du rez-de-chaussée de la Maison Saint-Cyr

ANNEXE 7 : Capacité d'accueil des unités de vie (appelé « service »)

ANNEXE 8 : Comparaison de la dépendance et des besoins en soin des résidents de la Maison Saint-Cyr par rapport à la moyenne du département d'Ille-et-Vilaine et au niveau national

ANNEXE 9 : Répartition de la population ayant des troubles cognitifs et déambulantes (en hébergement permanent, soit 130 places)

ANNEXE 10 : Présentation de la population de Saint-Cyr en 2019

ANNEXE 11 : Évolution de la durée de séjour à la Maison Saint-Cyr

ANNEXE 12 : Fréquence de mots ou idées associés spontanément à la maladie d'Alzheimer, selon l'âge

ANNEXE 13 : Questionnaire de recueil des attentes des résidents

ANNEXE 14 : Tableau de l'effectif global de Saint-Cyr, 30 juin 2021

ANNEXE 15 : Récapitulatif de l'absentéisme à Saint-Cyr en 2018 et 2019

ANNEXE 16 : Tableau présentant les écarts attendus des AHS vers le métier d'AS

ANNEXE 17 : Tableau de bord « Management Visuel » (version Directeur)

ANNEXE 18 : Affectation actuelle des équipes par unité de vie

ANNEXE 19 : Préconisation de réorganisation des dispositifs d'hébergement

ANNEXE 20 : Projet de diversification de l'offre, Maison Saint-Cyr, avril 2021

ANNEXE 21 : Typologie des indicateurs utilisés

ANNEXE 22 : Chronologie des événements

ANNEXE 23 : Plan d'action 2021-2027

à Avril 1987

Priorité d'accès à Saint-Cyr...

La création de l'association Saint-Cyr officialisée au cours du récent conseil municipal constitue la dernière étape avant la réalisation de la vente de la propriété du même nom à la ville.

C'est la communauté de l'Union de Notre-Dame-de-Charité qui a proposé la cession de cet ensemble important qui comporte 17 bâtiments sur près de 50 hectares. La promesse de vente est intervenue en août 1985.

Mais la vente était assortie de plusieurs conditions : la réservation de 20 places pendant quarante ans dans le service des personnes âgées pour les religieuses, la conservation d'un lieu de culte et du cimetière, l'obligation de maintenir au domaine une vocation sociale.

Il fallait d'autre part que l'autorité de tutelle donne son autorisation. C'est chose faite depuis novembre 1985, par un arrêté du ministre de l'Intérieur après avis du Conseil d'Etat !

Création d'une association

Restait une dernière condition suspensive : la constitution, avec l'accord de la communauté, d'une association pour gérer la maison de retraite existante. La ville a pensé que cette association pourrait utilement réfléchir aux structures d'accueil des personnes âgées, dans la mesure où le do-

maine Saint-Cyr apparaît comme une opportunité de réaliser au centre de Rennes un complexe social orienté prioritairement vers les personnes âgées.

L'association Saint-Cyr relèvera de la loi de 1901. Elle comprendra trois représentants du département et de la ville et deux représentants du C.H.R., de la Caisse régionale d'assurance maladie, de l'Union mutualiste, de la congrégation et du centre communal d'action sociale.

La propriété Saint-Cyr permettra à la ville de réaliser une partie de son programme d'hébergement des personnes âgées. Le plan gérontologique départemental estime les besoins en hébergement simple de personnes âgées à 480 lits et situe entre 255 et 500 le nombre des lits d'hébergement simple qui devraient être médicalisés sur l'ensemble du département.

130 lits en maisons de retraite et deux résidences

La ville envisage sur Saint-Cyr :

- la rénovation des 50 lits existant à la maison de retraite actuellement gérée par la communauté ;

- la création d'une maison de retraite de 80 lits à la suite d'une reconstruction et d'une humanisation de la Massaye ;

- la réalisation d'une résidence publique de 60 studios ;
- la réalisation éventuelle d'une résidence privée de 60 studios également.

Des formules innovantes, concernant en particulier l'accueil à la journée et l'hébergement temporaire simple assisté, seront étudiées.

Pour éviter de transformer Saint-Cyr en ghetto du troisième ou quatrième âge, des activités sociales et culturelles des services complémentaires sont envisagées.

L'équipe de programmation mise en place en juillet 1985 présentera ultérieurement le projet précis.

pour les personnes âgées

Signature de l'acte de vente

Ouest France, juillet 1988



La supérieure de la communauté signe l'acte de vente sous les yeux de MM. Hervé et Eliot.

Lundi a eu lieu à l'hôtel de ville la signature de l'acte de vente du domaine de Saint-Cyr, rue de Saint-Brieuc. Cette signature est la conclusion d'un échange entre les gérants de la propriété, les sœurs de Notre-Dame de la Charité, présentes en ces lieux depuis 1808, et la ville de Rennes. Ce vaste monastère a accueilli de nombreuses générations de religieuses et d'éducatrices, rassemblées dans un effort d'assistance et de solidarité envers les « filles perdues ». Il s'est vidé au fil des décennies. Cette vente correspond au désir exprimé par la mu-

nicipalité de perpétuer l'œuvre sociale. Le domaine va donc désormais être mis à la disposition des personnes âgées.

M. Hervé a insisté sur la nécessité de « fidélité sociale ». Il a notamment souligné la gravité du problème que pose l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes et affirmé qu'il s'agissait là d'un « défi à relever ». La ville de Rennes se devant de « continuer de répondre aux attentes ».

La gestion de cette œuvre sera

donc confiée à une association à caractère social pour l'accueil de personnes âgées.

Après avoir pris la parole, la mère supérieure du monastère, la sœur Le Dain, et M. Hervé ont tour à tour apposé leur signature au bas de l'acte de vente, en présence de sœur Marie-Luc Bailly, supérieure de la congrégation Notre-Dame de la Charité.



Histoire de Femmes à Saint-Cyr

(vidéo), Mai 2010

<https://www.youtube.com/watch?v=6dIKPklCmIM>

dIKPklCmIM

ANNEXE 3 : Références législatives et réglementaires

- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : précisant les outils (dont le projet d'établissement et le livret d'accueil) qui permettent d'assurer le respect des droits des personnes accueillies dans ces établissements (choix, liberté, expression, participation, etc.), dont la qualité et la mise en œuvre est contrôlée. Un des objectifs vise d'éviter la maltraitance.
- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie : Consécutif de la loi 2002-2 : outil qui doit être affiché, composé de 12 articles et qui indique entre autres le rappel des droits à un accompagnement adapté, à l'information, au libre-choix, au consentement éclairé et la participation, à la protection et l'autonomie, ou encore à la prévention et au soutien, comme au respect de son intimité.
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : incluant le droit à la compensation, à la non-discrimination, à la scolarité et au travail. Y sont également présents le droit à une évaluation des besoins et à une information adéquate, ainsi qu'à la participation aux décisions qui les concernent.
- Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 : porte réforme de l'hôpital et instaure le principe de continuité de parcours de soin entre les différents acteurs dont elle confie le pilotage aux ARS.
- Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 : dont les objectifs sont l'amélioration de l'accès au soin (en termes de proximité notamment) et de la prévention (avec le déploiement d'un parcours éducatif à la santé dès la maternelle), ainsi que le renfort du respect des droits des patients (notamment en termes de consultation des données qui leurs sont relatives).
- Circulaire relative à la transformation de l'offre du 2 mai 2017 : vise la mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous, au travers de diverses actions dans le champ du logement, de la santé et de la diversification des offres. Elles s'illustrent entre autres par : l'habitat inclusif, le renforcement des équipes et de la formation des professionnels, le déploiement et l'innovation visant l'accueil modulaire et temporaire, ainsi que l'aide aux aidants.
- Loi ELAN du 23 novembre 2018 : pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique est élaborée en partant du terrain. Elle a pour ambition de faciliter la construction de nouveaux logements et de protéger les plus fragiles. Elle légifère sur les habitats partagés pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

ANNEXE 4 : Extrait du Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse

« Les données de ce problème sont complexes, elles ne peuvent être ramenées à des éléments constants, valables, pour des catégories nettement déterminées de la population âgée. En effet, l'expression "personnes âgées" recouvre elle-même une réalité disparate, qui ne correspond à aucune notion moyenne (...). De même au regard de l'action sociale qui doit être dispensée au profit de la population âgée, l'âge chronologique ne constitue pas un critère valable, mais bien plutôt le degré de validité, l'état psychologique, l'aptitude ou l'inaptitude à mener une vie relativement indépendante (...). Non seulement le vieillissement se manifeste aussi de manière différente d'un individu à l'autre, mais la condition des personnes âgées varie également en fonction du milieu social auquel elles appartiennent, rural ou urbain, provincial ou parisien, salarié ou travailleur indépendant (...). L'étude des problèmes de la vieillesse ne peut donc être abordée qu'en tenant compte, non seulement du caractère différentiel du vieillissement, mais aussi de données sociologiques variées et en constante évolution ».

Extrait du Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque, Paris, La Documentation Française, 1962 4-5.

ANNEXE 5 : Charte des personnes âgées, 8 septembre 2003

Charte de la personne accueillie
Principes généraux* Arrêté du 8 septembre 2003

Principe de non-discrimination
Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination, quelle qu'elle soit, lors de la prise en charge ou de l'accompagnement.

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement
L'accompagnement qui vous est proposé est individualisé et le plus adapté possible à vos besoins.

Droit à l'information
Les résidents ont accès à toute information ou document relatifs à leur accompagnement, dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne
- Vous disposez du libre choix entre les prestations adaptées qui vous sont offertes.
- Votre consentement éclairé est recherché en vous informant, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à votre compréhension.
- Le droit à votre participation directe, à la conception et à la mise en œuvre de votre projet individualisé vous est garanti.

Droit à la renonciation
Vous pouvez à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont vous bénéficiez et quitter l'établissement.

Droit au respect des liens familiaux
La prise en charge ou l'accompagnement favorisent le maintien des liens familiaux, dans le respect des souhaits de la personne.

Droit à la protection
Le respect de la confidentialité des informations vous concernant est garanti dans le cadre des lois existantes. Il vous est également garanti le droit à la protection, à la sécurité, à la santé et aux soins.

Droit à l'autonomie
Dans les limites définies dans le cadre de la prise en charge ou de l'accompagnement, il vous est garanti de pouvoir circuler librement, ainsi que de conserver des biens, effets et objets personnels et de disposer de votre patrimoine et de vos revenus.

Principe de prévention et de soutien
Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect de vos convictions.

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie
L'exercice effectif de la totalité de vos droits civiques et de vos libertés individuelles est facilité par l'établissement.

Droit à la pratique religieuse
Les personnels et les résidents s'obligent au respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et vous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

Respect de la dignité de la personne et de son intimité
Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Article 2 : « L'accompagnement qui vous est proposé est **individualisé et le plus adapté possible à vos besoins** »

Article 6 : « L'accompagnement favorisent les liens **familiaux**, dans le respect des souhaits de la personne »

Article 9 : « **Les conséquences affectives et sociales** qui peuvent résulter de l'accompagnement **doivent être pris en considération (...)** »

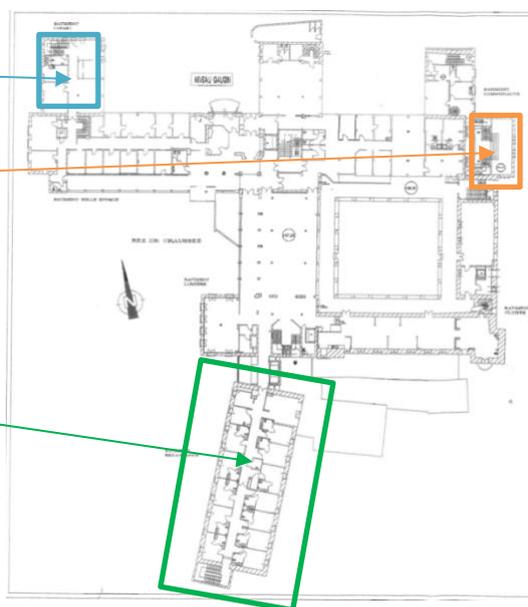
Article 12 : « **Le respect de la dignité et de l'intégrité** de la personne est garanti »

ANNEXE 6 : Plan du Rez-de-Chaussée de la Maison Saint-Cyr

Annexe n°61

Annexe n°57

Service
« Renaissance 0 »
Unité cible au rez-de-chaussée pour le projet Unité protégée



ANNEXE 7 : Capacité d'accueil par unité de vie (appelé « service »)

RESIDENTS	SERVICE 0	SERVICE 1	SERVICE 2	SERVICE 3	TOTAL
Capacité du service	32	29	47	34*	142
Occupation du service	32	28	44	22	127

* dont hébergement temporaire (12 places)

ANNEXE 8 : Comparaison de la dépendance et des besoins en soin des résidents de la Maison Saint-Cyr par rapport à la moyenne du département d'Ille-et-Vilaine et au niveau national

	ETABLISSEMENT			DEPARTEMENTAL			NATIONAL		
ANNEE	2014	2019	2021	2015 ¹⁴⁶	2017 ¹⁴⁷	2020	2014 ¹⁴⁸	2018 ¹⁴⁹	2020
GMP (dépendance)	645	624	695	690	706	722	697	726	722
PMP (soins)	238	161	220	/	193	220	172	213	218

ANNEXE 9 : Répartition de la population ayant des troubles cognitifs et déambulantes

RESIDENTS	SERVICE 0	SERVICE 1	SERVICE 2	SERVICE 3	TOTAL
Capacité d'accueil du service	32	29	47	22	130
Occupation du service	32	28	44	22	126
⇒ Personnes avec troubles neurocognitifs	20	22	14	14	70
⇒ dont personnes avec des troubles de la déambulation	8	2	4	1	15
Pourcentage de résidents avec TNC	62,5%	78,5%	32%	63,6%	53,8%

(en hébergement permanent, soit 130 places)

ANNEXE 10 : Représentation de la population de Saint-Cyr en 2019

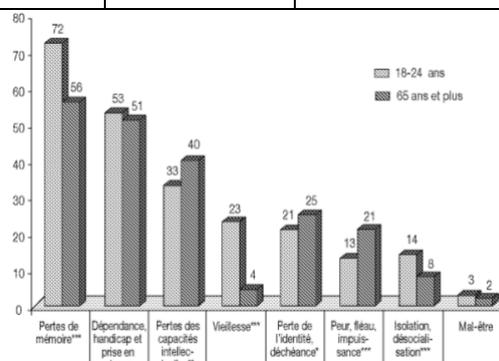
SEXE	REPARTITION	GIR MOYEN	AGE MOYEN	+80 ans
Hommes	13,49% soit 17 p.*	3	89,82 ans	94,12% soit 16 p.*
Femmes	86,51% soit 19 p.*	2	89,13 ans	89,91% soit 98 p.*

* p. : personne

ANNEXE 11 : Évolution de la durée de séjour à la Maison Saint-Cyr

2015	2016	2017	2018	2019	2020
9,4 ans	8,7 ans	6,8 ans	6,05 ans	5,3 ans	4,3 ans

ANNEXE 12 : Fréquence de mots ou idées associés spontanément à la maladie d'Alzheimer, selon l'âge¹⁵⁰



¹⁴⁶ CD35, Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées 2015-2019, p72

¹⁴⁷ ARS Bretagne, Tableau de bord de la performance dans le médico-social, 2017

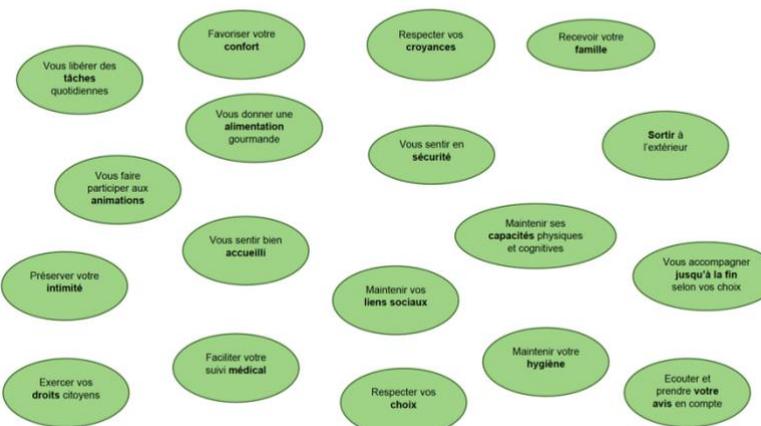
¹⁴⁸ KPMG, Observatoire national des EHPAD, 2015

¹⁴⁹ CNSA, La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en EHPAD, 2017

¹⁵⁰ INPES, Dispositif d'enquêtes d'opinions sur la maladie d'Alzheimer (DEOMA), 2007

ANNEXE 13 : questionnaire de recueil des attentes des résidents et statistiques des répondants

Madame ou Monsieur quelles sont vos attentes à Saint-Cyr ?
 Vivre à la Maison Saint-Cyr c'est conserver une qualité de vie adaptée à votre personnalité tout en changeant de mode de vie. Parmi les propositions ci-dessous, quels sont **VOS 5 ATTENTES PRIORITAIRES** ? Entourez-les.



NOMBRE DE QUESTIONNAIRES	CIBLE	REPONSES	%
RESIDENTS HP	130	67	52%
RESIDENTS HT	12	7	58%
ADJ	21	16	76%
sous-total RESIDENTS	163	90	55%
Pole soins	87	33	38%
Pole hotelier	21	3	14%
Pole admin	9	7	78%
sous-total SALARIES	117	43	37%
Bénévoles	20	8	40%
Administrateurs	21	6	29%
Familles	163	41	25%
sous-total EXTERNES	204	55	27%
TOTAL	484	188	39%

ANNEXE 14 : Tableau de l'effectif global de Saint-Cyr, 30 juin 2021

METIERS	2014 – ETP COVENTIONNE	EFFECTIF 2019	EFFECTIF 2020	EFFECTIF 2021
Service ADMINI.	6,8	6,8	8,3	7,3
dont DET	1	1	1	1
dont ass. DET	1	1	1	1
Qualiticien	0	0	0,5	0,5
dont ass. RH	1	1	1	1
dont ass. Comptable	1	1	1	1
dont ass. Factu	0,8	0,8	0,8	0,8
dont agent d'accueil	1	1	2	1
dont ass. sociale	1	1	1	1
Service GENERAUX	8,9	8,9	8,9	7,3
CUISINE :				
dont Chef	1	1	1	1
dont 2nd	1	1	1	1
dont Commis	4,6	4,6	4,6	3
dont Diététicienne	0,1	0,1	0,1	0,1
BLANCHISSERIE				
Lingères	2,2	2,2	2,2	2,2
Service HOTELIER	28,56	33,25	30,25	30,25
Responsable Logistique	1	1	1	1
ASL-ASH	25,56	30,25	28,25	28,25
Agent de maintenance	2	2	1	1
Service ANIMATION & SOCIAL	2	2,2	2,2	2,2
dont animateur	2	2	2,2	2,2
SERVICE DE SOINS	52,77	52,57	53,19	55,19
Cadre de Santé	0	0	0	1
MEDEC	0,5	0	1	1

SOIGNANTS				
<i>dont Aides-Soignantes</i>				
<i>dont AMP</i>	35,74	35,74	35,74	35,74
<i>dont AMP PASA</i>				
<i>dont AMP ADJ</i>				
INFIRMIERES	9,25	9,55	9,55	9,75
dont IDEC	1	1	1	1
AUXILIAIRES MEDICAUX	6,28	6,28	6,28	6,28
<i>dont ergo</i>				
PSYCHOLOGUE Interne	1	1	0,62	1
Psychologue externe	0	0	0	0,42
TOTAL	99,03	103,72	102,84	102,24

ANNEXE 15 : Récapitulatif de l'absentéisme à Saint-Cyr en 2018 et 2019

ANNEE	2018	2019
ARRET MALADIE	3 872 jours soit 10,90%	4 767 jours soit 14,01%
ACCIDENT DU TRAVAIL	857 jours soit 2,41%	977 jours soit 2,87%
CONGES MATERNITE	360 jours soit 1,01%	194 jours soit 0,57%
AUTRES ABSENCES	635 jours soit 1,79%	329 jours soit 0,96%
TOTAL	5 724 jours soit 16,12%	6 267 jours soit 18,41%

ANNEXE 16 : Tableau présentant les écarts attendus des AHS vers le métier d'AS

D'APRES LA FICHE ROME (AS)	EXISTANT AHS	ATTENDUS	FORMATIONS
Accompagner les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aide aux repas en collectif (non individuel), sensibilisées aux risques de fausses route GIR 3/4 - Participation aux animations, aide aux toilettes simples, aide à l'habillage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Repas individuels aux personnes plus dépendantes (GIR 1/2). - Évaluer les besoins de la vie quotidienne de la personne. - Participation aux animations, aide aux toilettes simples, aide à l'habillage. 	VAE ou formation. Possibilité d'allègement selon le niveau de qualification du salarié.
Apprécier l'état clinique d'une personne	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer par observation (capacité d'évaluer un changement chez une personne) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de constantes et établissement d'un diagnostic, participer aux évaluations cliniques avec l'IDE (douleurs, 	Formation spécifique AS

		etc...) et proposer une interprétation	
Réaliser des soins adaptés à la situation clinique de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer une toilette complexe/spécialisée, (toilette intégrale, avec présence d'escarre ou autre) au lit 	<ul style="list-style-type: none"> - Participer aux évaluations cliniques avec IDE (douleurs, etc...), règles de sécurité, adaptation à l'environnement 	Formation spécifique AS
Utiliser des techniques préventives de la manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilité de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Participer aux transferts des personnes dépendantes en binôme avec AS (mise au fauteuil, lever d'une personne de son lit...). - Exécuter la tâche seule si mobilité de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtriser le matériel médical - Adaptation de l'environnement, évaluation installation/confort et sécurité de la personne - Maîtrise des gestes et posture (manutention), règles de sécurité, adaptation à l'environnement. 	VAE
Établir une communication adaptée à la personne et à son entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Communication avec la famille sur la vie quotidienne, techniques de bienveillances, oriente vers le professionnel concerné. 	<ul style="list-style-type: none"> - Langage et contenu adapté, technique de communication verbales/non verbales selon les troubles de la personne. 	Formation / VAE
Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise de la fonction et actualisation annuelle des connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien sanitaire des matériels spécifiques 	VAE – Formation interne
Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Participation partielle aux transmissions générales écrites - Maîtrise de la technique de transmissions écrites et verbales ciblées, autonomie dans son organisation 		Formation aux écrits professionnels + logiciel métier
Organiser son travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - S'intègre à l'équipe pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Davantage de prises d'initiatives dans leur champ de compétences 	Formation AS / AES
Techniques de participation à la vie sociale et citoyenne de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique partielle 	<ul style="list-style-type: none"> - A acquérir 	Formation AES / VAE

ANNEXE 17 : Tableau de bord « Management Visuel » (version Directeur)

Légende :

Partie bleue :

management relationnel,

Partie rouge :

management

informationnel et

communication,

Partie jaune :

management opérationnel

(pilotage de projet,

planification),

Partie verte : management

stratégique

VIE D'EQUIPE		PLANNING D' ACTIONS							INDICATEURS DE PILOTAGE				
Dir	😊	S1	S2	S3	S4	M+1	T2	S2	HAPPINESS				
ass. Dir	😊								M-1	M	OBJ		
IDEC	😊												
Medec	😊												
Psycho	😊												
Gouv	😊												
Chef	😊												
Stagiaire	😊												
AMBIANCE GENERALE 		POLE SOINS DIR: CODIR, démarche DUEEP; ELECTIONS CVS; PROJET ETABLISSEMENT; Investissement Sécurité incendie; Manie; Mise en place des rencontres gériatriques 2021							habito RESIDENTS: 92%; M-1: 127/130; M: 69%; OBJ: 100%; SOINS: 100%; ASH: 100%; SERVICE: 6/10; RESTAURANT: 6/10				
SAVE THE DATE 14 FEV à 10h30		POLE HOTELIER Audit Plonge Vaiselle Unité; Vaiselle UNITE; Formation Autolevure ASH; REVISIONS PLANS DE NETTOYAGE + PROGRAMMATION GRAND MENAGE Unité K; Formation AS distribution médicaments; Formation Hygiène HACCP ASH / PIG; Formation serveurs							habito T.O. EHPAD: 92%; T.O. ADI: 69%; 100%; 100%				
LES REUSSITES DE LA SEMAINE POLE SOINS - L'organisation des petits déjeuners Bienveillance - La bonne gestion du WE du 25 et 27 décembre par F. (MMS) et les équipes - La participation des soignants lors des réunions exceptionnelles		BAC A SABLE URGENT: RECRUTEMENT maître du turnover Fidelity A FAIRE: Analyse visite mystère Ménage à blanc chambres AD7, HD4, J12, J15, Tirage eau : toutes les chambres vides PROJETS: PROJET D'ETABLISSEMENT QUIT; PLANNING SOINS; Projet RH : fidélisation + intégration; Projet hôtelier; PAP Résidents; Projet UP							COMMERCIAL Nb prospects: 58%; M-1: 100%; M: 80%; Taux d'attraction: 17,6%; M-1: 16,4%; OBJ: <15% Nb visites: 68,0%; M-1: 69,2%; OBJ: 100% Taux de transformation: 76,0%; M-1: 79,0%; OBJ: >90% Fiche active ehpad: 90,0%; M-1: 90,0%; OBJ: >90% Fiche active ADI: 2,00; M-1: 1,00; OBJ: 3,00				
POLE HOTELIER - L'organisation des gâchettes des rés avec les familles dans toutes les unités (merci aux équipes de cuisine, dans les unités et à l'accueil de jour)		MANGEMENT ILS ARRIVENT: V. (AS UV1), C. (Commis de Cuisine) ILS PARTENT: F. (AS UV4), C. (AS UV4)							MEDICAL Evaluation douleur: 95,0%; M-1: 80,2%; OBJ: 100% Evaluation dénutrition: 17,6%; M-1: 16,4%; OBJ: <15% Evaluation pondérale: 68,0%; M-1: 69,2%; OBJ: 100% signature plan de soins: 76,0%; M-1: 79,0%; OBJ: >90% signature plan de traitement: 90,0%; M-1: 90,0%; OBJ: >90% Erreur de médicament: 1; M-1: 0; OBJ: 0 Retranscription: 96,0%; M-1: 99,0%; OBJ: <20%				
POLE ADMIN - La réalisation et le nombre de participants lors du 1er petit déjeuner d'accueil des nouveaux collaborateurs - 41 personnes sont venues aux vœux et présentation des projets 2021 !		RESIDENTS /							MODE ESSENTIEL SOINS: 2; ASH: 0; REST: 0 UV1: 2; UV2: 0; UV3: 0; UV4: 0 UV5: 1; UV6: 0 ASH Nb personnes hospitalisées à domicile: 1; Soins: 6 mois 70% CDI: 3; MM, Chef, Plonge: 70% CDI: 1; Soins: 70% ABSENTISME Absentéisme: 8,78%; M-1: 7,00%; TURN OVER: 56,09%; M-1: 20,00% ADMP:				

ANNEXE 18 : Affectation actuelle des équipes par unité de vie

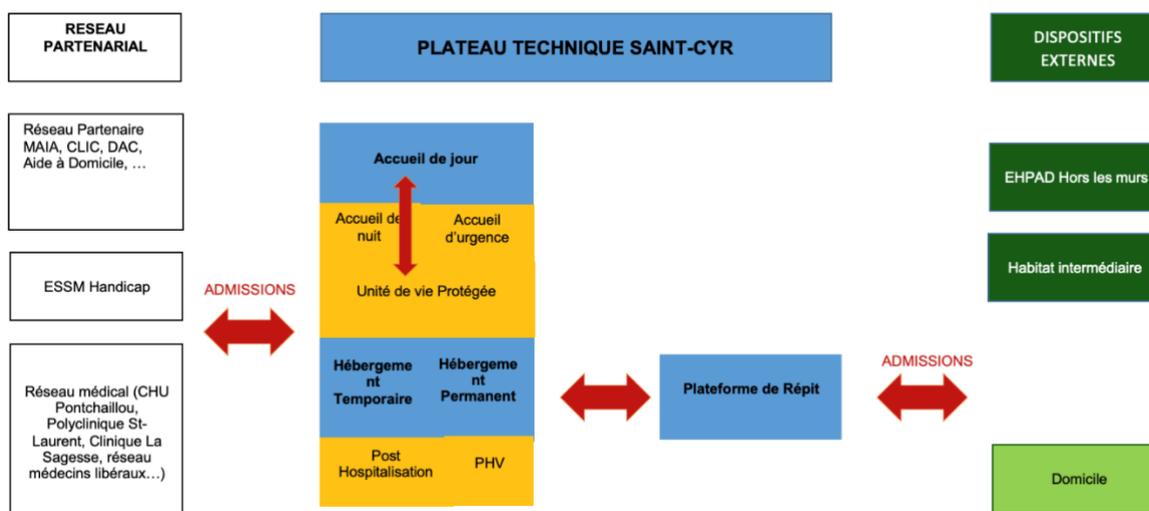
SERVICE	CAPACITE TOTALE	COULOIRS	ETAGE	RESIDENTS	AS	AES	AHS
0	32	Renaissance	RDC	12	2	3	3
		Renaissance	1 ^{er}	12			
		Cloître	1 ^{er}	8			
1	29	Belle-Époque	1 ^{er}	15	2	3	3
		Lumières Nord	1 ^{er}	4			
		Lumières Sud	1 ^{er}	10			
2	47	Belle-Époque	2 ^{ème}	13	4	4	4
		Lumières Nord	2 ^{ème}	4			
		Lumières Sud	2 ^{ème}	6			
		Renaissance	2 ^{ème}	12			
3	34	Belle-Époque	3 ^{ème}	12	2	3	3
		Lumières Nord	3 ^{ème}	4			
		Lumières Sud	3 ^{ème}	6			
		Renaissance	3 ^{ème}	12			
TOTAL	146	Maison St-Cyr	/	142	10	13	13

ANNEXE 19 : Préconisation de réorganisation des dispositifs d'hébergement issu du projet d'orientation stratégique 2022-2027

Service	Spécificités	IDE	Nb Résidents	REGROUPEMENT	AS	AHS	AES AMP
UvP	Alzheimer	4	12	RN (RDC)	2	1	1
uPHV	handicap		12	RN (3eme)	2	0	1
UV 1	Dépendance		24	RN (1er) + CL (1er)	3	1	2
UV 2	Dépendance		24	BE + LN + LS (1er)	3	1	2
UV 3	Dépendance		23	BE + LN + LS (2eme)	3	1	2
UV 4	Dépendance		24	RN (2eme) + CL (2eme)	3	1	2
UV 5	Dépendance		22	BE + LN + LS (3eme)	3	1	2
TOTAL	/ 142P	4,00	142		19	6	12

Note aux administrateurs : je recommande de ventiler le dispositif d'hébergement temporaire dans les différentes unités de vie afin de favoriser l'acclimatation des nouveaux résidents avec les personnes présentes et de mieux les intégrer dans la dynamique de vie sociale de chaque unité de vie. De plus, la connaissance de ces nouveaux résidents permettra aux équipes de réaliser un accompagnement plus qualitatif et personnalisé qu'actuellement. Enfin, ceci équilibrera l'activité et évitera la réaffectation quotidienne des salariés tout en maintenant le nombre de poste dans l'attente de la validation du CPOM concernant l'augmentation des moyens humains.

ANNEXE 20 : Projet de diversification de l'offre, Maison Saint-Cyr, avril 2021



ANNEXE 21 : Typologie des indicateurs utilisés

NATURE DE L'INDICATEUR	OBJET DE L'INDICATEUR
Indicateur de pertinence	Satisfaction des usagers et des familles
Indicateur de pertinence	Nombre de réclamation des usagers et famille
Indicateur de pertinence	Satisfaction des salariés
Indicateur de cohérence	Actualisation effective du projet associatif et du projet d'établissement
Indicateur de cohérence	Comptes rendus des réunions : COPIL / PE, CVS, CSE, Commissions usagers, COPIL Qualité
Indicateur de cohérence	Appropriation du projet d'établissement par les professionnels
Indicateur de cohérence	Taux de participation des professionnels dans les projets et les groupes de travail
Indicateur de cohérence	Modification des fiches de fonction, tâches
Indicateur de cohérence	Régularisation du planning et des roulement
Indicateur d'efficience	Meilleure orientation + rapidité d'admission
Indicateur d'efficience	Réduction des distances géographique : établissement-usagers (pour l'accompagnement de proximité)
Indicateur d'efficience	Taux d'encadrement pluridisciplinaire au moins égal à la moyenne départementale
Indicateur d'efficience	Optimisation des moyens et des ressources en lien avec le CPOM
Indicateur GRH et social	Nombre d'entretiens professionnels réalisés
Indicateur GRH et social	Plan de formation : nombre de professionnels formés et nombre de formation suivies
Indicateur GRH et social	Taux d'absentéisme
Indicateur GRH et social	Turn over
Indicateur GRH et social	Nombre de grève
Indicateur GRH et social	Moyenne d'âge et moyenne d'ancienneté
Indicateur GRH et social	Nature des questions et des rencontres avec les IRP / CSE
Indicateur GRH et social	Nombres de candidatures aux annonces de recrutement postées
Indicateur de communication	Nombre de CR, notes de services et réunions menées
Indicateur de communication	Nombres de visiteurs aux journées portes ouvertes / évènements / rencontre gériatriques
Indicateur de communication	Nombres d'abonnés à la gazette, page sociale, taux d'engagement sur les publications digitales
Indicateur de communication	Taux de lecture des publications web
Indicateur de communication	Nombre d'occurrence dans la presse
Indicateur de communication	Nombre de conventions signées
Indicateur de communication	Nombre de bénévoles inscrits / actifs
Indicateur de QVT	Baromètre QVT
Indicateur de QVT	Évaluation dans la durée (pérennité des actions)
Indicateur de QVT	Nombre d'actions abouties
Indicateur de QVT	Retour d'expérience / prise de paroles des salariés
Indicateur de QVT	Évaluation des risques psychosociaux

ANNEXE 22 : Chronologie des évènements

2013	2014		2015			2016		2017				
	Mars	Avril	Juin	Juillet	Décembre	Octobre	Novembre	Mars	Septembre	13-sept		
Derniers entretiens professionnels	Audit Psychosocial	Signature de la convention Tripartite	Rédaction du projet d'établissement	Arrivée du nouveau directeur	Loi ASV	Fondation Médicop 35	Démission du CHSCT	1er mouvement social	Médiatisation des EHPAD en France	recrutement d'une qualité	Enquête parlementaire flash EHPAD par M. IBORRA	
2017	2018											
Novembre	13-avr	30-mai	Juin	Juillet			Septembre		Octobre	Novembre		
Mise en œuvre interne de la démarche PRAP	article 51 - LFSS 2018 : Expérimenter et innover	Feuille de Route Grand âge et autonomie ; Ministre A. BUZYN	Election du CSE	Courrier du CODIR à la Direction	1er droit d'alerte	Pétition ?	2ème droit d'alerte	Courrier du médecin du travail à la Direction	Démission du Médecin Coordinateur	Le CODIR valide une démarche RPS par un cabinet conseil	Entretiens individuels des cadres intermédiaires avec le Directeur	
2018	2019											
Novembre	23-nov	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	29-mars	Avril	Mai		Octobre	
Création de la CSSCT	Loi Elan	1ère rencontre des salariés : Diagnostic RPS	2ème rencontre des salariés : Diagnostic RPS	Présentation au COPIL des résultats intermédiaires RPS	Sollicitation de la CARSAT	signature de la convention "Sortie d'hospitalisation"	Rapport Libault	Présentation des résultats intermédiaire RPS en CSE	Validation du projet de politique de Bien-être au travail	Mise en œuvre d'un groupe de travail : offres de services	Rapport El KHOMRI : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge	
2020												
Février / Mars		Mai	Mai - Juillet	Juillet	Août	Septembre	Octobre		Novembre		Décembre	
1ère vague COVID : annonce d'un confinement		Recrutement d'un Cadre de Santé (rôle managérial) faisant fonction d'adjoint de direction	Annonces des départs du directeur et du Président	Départ du directeur + élection de la nouvelle présidente du CA	1) Ségur de la santé 2) Rapport Pivetau-Wolfrom "Demain je choisirai d'habiter chez vous"	Arrivée du manager de transition	LFSS 2020 : Création de la 5ème branche "Autonomie" de la sécurité sociale	Définition du rôle de la direction et des cadres intermédiaires	Début du stage à Saint-Cyr	2ème vague COVID : nouveau confinement	Embauche d'un Médecin coordonateur et prescripteur à temps plein	Réponse appel à projet : offre d'hébergement PHV
2021												
Janvier	Février		Février - Juin	Mars - Mai	Avril-Juin	Mai-Juin	Mai	Juin-Juillet	Juillet	Septembre	Octobre	
Prise de poste	Groupe de travail RH : fiche de fonction + pilotage groupes de travail fiche de tâches+ groupe de travail Planning		COPIL : Offre de Service COPIL : CPOM	Enquête Attentes et besoins des résidents	Rapports Broussy : 1) L'EHPAD du futur commence aujourd'hui 2) 80 propositions pour les EHPADS	Evaluations professionnelles (salariés)	Evaluation des risques professionnels	Proposition d'évolution stratégique 2022-2027	Coupe Pathos / ARS + Validation GMP / CD35	COPIL Projet d'établissement	Evaluations professionnelles (Cadres)	Signature CPOM
Mouvements sociaux		Mouvements de personnel			Lois, décret, réglementations, rapports			management				

ANNEXE 23 : Plan d'actions 2021-2027, diagramme de Gantt

1	ACTIONS	PILOTE	INDICATEURS	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
				T3 T4	T1 T2 T3 T4					
1	REFONDRER LE PROJET D'ETABLISSEMENT									
1.1	Elaborer le projet associatif									
1.1.1	Formaliser la gouvernance (création du bureau, actualisation des statuts)	Présidente	Organigramme défini							
1.1.2	Déterminer les axes stratégiques d'orientation	Conseil d'administration	Lettre de mission							
1.1.3	Réunion d'information générale pour présenter le projet associatif	Présidente + Directeur	Nombre de salariés présents							
1.1.4	Déterminer le groupe de travail (administrateurs, Directeur, Cadres, 2 soignants, 1 agent hôtelier, président du CVS, Présidente du CSE)	Présidente + Directeur	Planification respectée, groupes constitués							
1.1.5	Rédiger le projet associatif + diffusion	Présidente	Projet rédigé, affiché et remis							
1.2	Rédiger le projet d'établissement									
1.2.1	Constituer un COPIL (Directeur, ass. Direction, IDEC, Medec, psycho, responsable hotellerie, Responsable AJ, responsable PR, 1 IDE, 1 AS, 1 ASH)	Directeur	COPIL constitué avec planing des réunions							
1.2.2	Déterminer les axes stratégiques d'orientation	Conseil d'administration	projet associatif rédigé							
1.2.3	Réunion d'information générale pour présenter le projet associatif	Directeur + Chefs de service	nombre de salariés ayant participé							
1.2.4	Mettre en place la mission de Référent auprès de chaque résident	IDEC	Chaque soignant ayant au moins 1 résident attribué							
1.2.5	Actualiser les projets de vie des résidents	Coordinatrice de parcours	planning et nombre de projets actualisés							
1.2.6	Déterminer le groupe de travail par axe de réflexion : Accompagnement dépendance, accompagnement Alzheimer, Hotellerie... (administrateurs, Directeur, Cadres, 2 soignants, 1 agent hôtelier, président du CVS, Présidente du CSE), projets de service	Directeur	groupe de travail complet + rendu des travaux							
1.2.7	Rédiger le projet d'établissement (dans lequel sont intégrés les projets de service)	Directeur	projet écrit							
2	FAIRE DE L'EHPAD UN LIEU DE VIE									
2.1	Refondre le processus d'admission									
2.1.1	Identifier un responsable du pilotage de l'admission	Directeur	Réaliser un entretien avec l'ASS							
2.1.2	Définir les fonctions de la coordinatrice	Directeur + Ass. sociale	Réaliser la fiche de fonction coordinatrice de parcours							
2.1.3	Définir un nouveau processus d'admission	Coordinatrice de parcours de vie	Procédure écrite							
2.1.4	Préparer une chambre témoin	Coordinatrice de parcours de vie	Chambre aménagée							
2.1.5	Déterminer le parcours de visite	Coordinatrice de parcours de vie	Procédure écrite							
2.1.6	Formaliser un document d'information (recueil de l'histoire de vie et projet de vie)	Coordinatrice de parcours de vie	Document support finalisé							
2.1.7	Revoir le contrat de séjour	Coordinatrice de parcours de vie	Approuvé par CA et présenté au CVS							
2.2	Favoriser le lien social et la dynamique collective dans les unités de vie									
2.2.1	Mettre en place une communication visuelle dans les UV (Trombinoscope, éphéméride, menu hebdo, planning d'animations)	Maître.sse de maison	Livrable							
2.2.2	Créer la salle réminiscence	IDEC + responsable hôtelier	Livrable							
2.2.3	Réactiver la Commission d'animation	Coordinateur d'animation	Membres élus + planing des réunions							
2.2.4	Mettre en place un programme d'animation quotidienne dans les unités de vie	Coordinateur d'animation	Polanning rédigé + affiché dans les lieux de vie + lieux communs							
2.2.5	Relancer la communication digitale et sociale de La Maison (Facebook et LinkedIn)	Coordinateur d'animation	Niveau d'engagement (like, commentaires)							
2.3	Favoriser l'autodétermination des résidents									
2.3.1	Réactiver la commission menu	Directeur + chef de cuisine	Membres élus + planing des réunions							
2.3.2	Réactiver le comité d'animation	Coordinateur d'animation	Membres élus + planing des réunions							
2.3.3	Mettre à disposition des résidents une "boîte à idées"	Coordinateur d'animation	Livrable							
2.3.4	Préparer une série d'enquête thématiques à lancer annuellement (restauration, propreté, activités / animation)	CODIR	Livrable, taux d'engagement et de réponses, niveau de satisfaction supérieur à 90%							
2.4	Mettre en place un service hôtelier									
2.4.1	Définir une équipe hôtelière	Responsable hôtelier et logistique	Evaluation de la couverture des besoins + Fiche de fonctions, nombre de postes affectés à l'hôtellerie.							
2.4.2	Former les ASH	Responsable hôtelier et logistique	Synthèse des entretiens professionnels							
2.4.3	Renouveler et compléter l'équipement nécessaire (balais, chariots)	Responsable hôtelier et logistique	Inventaire + budget							
2.4.4	Améliorer la qualité des plats (définir un cahier des charges)	Directeur	enquête de satisfaction							
2.4.5	Négocier avec le bailleur et le prestataire la rénovation de la cuisine	Directeur + chef de cuisine	Planning de rénovation + Devis							
2.4.6	Renouveler le mobilier inventaire et renouvellement	Responsable hôtelier et logistique	Inventaire + budget							
2.5	Rénover le bâti pour faire de l'EHPAD un lieu rassurant et chaleureux									
2.5.1	Diagnostic immobilier + estimation des rénovations	Directeur + Bailleur	Planning de rénovation + Devis							
2.5.2	Réparer les ouvertures défectueuses	Directeur + Bailleur	Livrable							
3	ADAPTER L'ORGANISATION DE SERVICE AUX BESOINS ET ATTENTES DES RESIDENTS									
3.1	Anticiper les besoins RH : la GPEC au service des attentes des résidents									
3.1.1	Réaliser les évaluations professionnelles	Chefs de Service + Directeur	Nombre de salariés l'ayant réalisé							
3.1.2	Organiser des groupes de travail métier pour refondre les fiches de tâches (2 à 3 salariés, 2 rencontres de 1h)	Chefs de Service	Synthèse des travaux							
3.1.3	Définir un CODIR pour coordonner et piloter l'activité de manière uniforme	Directeur	Membres participant + CR des réunions							
3.1.4	Formaliser une subdélégation pour les cadres	Directeur	Document de subdélégation rédigé et signé							
3.1.5	Former les CDS au management visuel (1h / CODIR)	Directeur	Appropriation des outils							
3.1.6	Déterminer un tableau de pilotage par service	Directeur + Chefs de service	Document rédigé + taux d'actualisation et atteinte des objectifs							
3.1.7	Coaching managérial pour les cadres	Directeur	Synthèse de la formation + niveau d'engagement							
3.1.8	Former les AHS au métier d'AS	IDEC	Niveau d'engagement + taux de satisfaction							
3.1.9	Initier la pédagogie Montessori (Formation initiale)	Directeur + IDEC	Niveau d'engagement + taux de satisfaction							
3.1.10	Créer une nouvelle dynamique au sein des unités de vie en répartissant les salariés moteurs	IDEC + Maître.sse de maison	Niveau d'engagement + taux de satisfaction + création des outils (fiche de tâche + organisation)							
3.1.11	Adapter l'organisation de travail par unité de vie (Fiche de tâches, planning)	Maître.sse de maison	Niveau d'engagement, délai de mise en œuvre							
3.2	Fidéliser et accompagner les salariés									
3.2.1	Créer un protocole d'accueil des nouveaux salariés (parcours de bienvenue, réunion d'information, semaine de doublon, parrainage salariés)	CODIR	Procédure formalisée, document de suivi du parcours d'intégration, taux de suivi							
3.2.2	Créer un carnet de bienvenue (contenant une synthèse du PA et du PE, l'organigramme, le plan de la Maison, les codes d'accès des locaux, les codes d'accès informatique, une fiche de liaison RH le planning annuel prévisionnel)	Assistante de direction de Direction	Documents rédigés							
3.2.3	Mettre à disposition des salariés une boîte d'expression (vestiaire ou numérique)	Assistante de direction de Direction	Livrable							
3.2.4	Tenir une réunion mensuelle de point de situation (2 x 30 minutes)	Directeur	nombre de participants							
3.3	Pourvoir aux absences									
3.3.1	Diminuer l'absentéisme	Chefs de service + qualitiennne	DURP, RPS, niveau de maîtrise des risques, réduction du taux d'absentéisme							
3.3.2	Constituer un pool de remplacement (1 AS, 1 AES, 1 ASH, 1 ASH)	Directeur + Chefs de service	Pool créé							

ANNEXE 23 : Plan d'actions 2021-2027, diagramme de Gantt (suite)

ACTIONS	PILOTE	INDICATEURS	2021		2022		2023		2024		2025		2026		2027	
			T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
3.3 Pouvoir aux absences																
3.3.1 Diminuer l'absentéisme	Chefs de service + qualifiée	DURP, RPS, niveau de maîtrise des risques, réduction du taux d'absentéisme														
3.3.2 Constituer un pool de remplacement (1 AS, 1 AES, 1 AHS, 1 ASH)	Directeur + Chefs de service	Pool créé														
3.3.3 Constituer un vivier de candidats	Chefs de service	Cvthèque créée, nombre d'entretien satisfaisant / nombre de CV reçus														
3.3.4 Créer un partenariat de formation en alternance avec IFAS, IFSI, IFPEK	IDEC + Directeur	Conventions signées + financement accordé (cf. CPOM)														
3.3.5 Ouvrir une mission de service d'accueil en charge de l'accueil et de l'accompagnement d'animation	Coordinateur d'animation	Validation du dossier de candidature par la FEHAP + nombre de candidatures														
3.3.6 Ouvrir une mission de découverte professionnelle en partenariat avec Pole-Emploi et Mission locale	Directeur	Convention signée, nombre de candidatures														
4 DIVERSIFICATION DE L'OFFRE																
4.1 Aménager les offres existantes	DIRECTEUR															
4.1.1 Ventiler les places d'accueil temporaire dans les unités de vie	Directeur	Intégration de l'HT dans les unités de vie ; enquête satisfaction des personnes accueillies														
4.1.2 Refondre le projet du PASA	Directeur + Chefs de service	Livrable détaillant les missions, le public cible et les critères d'admission et de sortie du dispositif														
4.1.3 Assurer la continuité d'accompagnement entre PASA et Hébergement en formant 1 salarié par équipe à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	IDEC	Nombre de transmission PASA-Hébergement, qualité de l'accompagnement (réduction du nombre d'EI, apaisement des personnes)														
4.1.4 Uniformiser la communication entre les différents services (PASA, AJ, PR et Hébergement) en coordonnant partageant les informations NetSoins (accès, rubriques)	IDEC	Nombre de transmissions ciblées et nombre de connexion (Netsoins) ; nombre de réunion interservice ; diminution des EI														
4.1.5 Création de la Salle réminiscence	Responsable hôtelier + psychologue	Livrable														
4.2 Créer un unité de vie protégée	DIRECTEUR															
4.2.1 Ecrire le cahier des charges	Directeur	Document rédigé														
4.2.2 Réunion d'information générale pour présenter le projet de diversification	Directeur + Chefs de service	Nombre de participants														
4.2.3 Identifier les résidents concernés et leurs attentes	IDEC + MEDEC	Création d'une file active + déterminer les critères d'entrer et de sortie														
4.2.4 Piloter le processus d'actualisation des projets de vie des résidents	Coordinatrice de parcours de vie sociale	Nombre de projets complets														
4.2.5 Identifier les salariés	IDEC + Directeur	Appel à candidature interne et nombre de salariés retenus														
4.2.6 Lancer un appel d'offre pour réaliser les devis	Directeur	Document rédigé, nombre de réponses														
4.2.7 Former les salariés à l'accompagnement spécifique des personnes Alzheimer	IDEC + Directeur	Niveau d'engagement + taux de satisfaction des résidents et des familles + nombre d'EI + taux d'AT/AM														
4.2.8 Ecrire le projet de service (groupe de travail = équipe soignante + psy+ergo)	IDEC	Document rédigé														
4.2.9 Déterminer une organisation de travail adaptée au rythme de vie des résidents	Equipe soignante	Documents rédigés : Planning et fiches de tâche														
4.2.10 Aménager l'espace Snoezelen	IDEC	Livrable														
4.2.11 Transferts des résidents actuels de l'unité cible dans les UV adaptées	IDEC	Procédure + communication + taux d'engagement et d'adhésion des familles														
4.2.12 Réaliser les travaux d'aménagement (tisannerie, espace salon, portes sécurisée, terrasse)	Directeur	Livrable														
4.2.13 Faire une "journée porte ouverte" pour les familles et résidents	Directeur	Nombre de visiteurs, nombre d'engagement sur les publications digitales														
4.2.14 Ouverture du dispositif et emménagement des résidents	Directeur	Taux d'occupation, nombre de demande dans la file active														
4.3 Créer un habitat intermédiaire																
4.3.1 Ecrire le cahier des charges	Directeur	Document rédigé														
4.3.2 Réunion d'information générale pour présenter le projet de diversification	Directeur + Chefs de service	nombre de participants														
4.3.3 Identifier les résidents et demandeurs externes concernés et leurs attentes	IDEC + MEDEC	Création d'une file active + déterminer les critères d'entrer et de sortie														
4.3.4 Co-écrire le projet de vie des résidents leur projet de vie	Coordinatrice de parcours de vie sociale	Nombre de projets complets														
4.3.5 Identifier les salariés	IDEC + Directeur	Appel à candidature interne et nombre de salariés retenus														
4.3.6 Lancer un appel d'offre pour réaliser les devis	Directeur	Offre publiée, nombre de réponses														
4.3.7 Recruter agents SAAD	Chef de service	Fiche de poste rédigée et publiée, nombre de candidatures														
4.3.8 Identifier et nouer les partenariats avec SSIAD et CSI	Directeur + IDEC	Conventions signées														
4.3.9 Ecrire le projet de service	IDEC	Document rédigé														
4.3.10 Déterminer une organisation de travail adaptée au rythme de vie des résidents	Equipe soignante	Documents rédigés : Planning et fiches de tâche														
4.3.11 Travaux de rénovation et d'aménagement	Directeur + MOA	Livrable														
4.3.12 Porte ouverte familles et résidents	Directeur	Nombre de visiteurs, nombre d'engagement sur les publications digitales														
4.3.13 Ouverture	Directeur	Taux d'occupation, nombre de demande dans la file active														
5 ADMINISTRATIF et GESTION																
5.1 Négocier le CPOM																
5.1.1 Diagnostic CPOM de l'établissement	CODIR	Document rédigé + fiches actions complétées														
5.1.2 Préparer la coupe PATHOS et GIR	IDEC+MEDEC	Nombre de dossiers résidents complets														
5.1.3 Drégider les fiches actions CPOM	Directeur + Chefs de service	Nombre de dossiers résidents complets														
5.1.4 Négociation CPOM	Directeur + IDEC + MEDEC	CPOM signé														
5.3 Affiner la maîtrise financière de l'établissement																
5.2.1 Mettre en place une comptabilité analytique et enregistrement des données dans le nouvel outil SI-RH	assistante comptable	Définition des coûts par dispositif (AJ, PASA, Hébergement)														
5.2.2 Implanter la suite SI-RH	adjoint de direction	Livrable et mise en œuvre + personnel formé														
5.2.3 Préparer l'EPRD	Directeur + adjoint + comptable	Budget N+1 validé par les ATC														
5.2 Mettre en œuvre le projet de fusion																
5.2.1 Rédiger le cahier des charges	Directeur + CA	Document rédigé														
5.2.2 Lancer un appel d'offre	Directeur + CA	Offre publiée, nombre de réponses														
5.2.3 Sélection du repreneur	Directeur + CA	Taux de concordance selon les objectifs fixés dans le cahier des charges														
5.2.4 Harmonisation des pratiques et des procédures	Directeur + Chefs de service	Taux d'engagement, niveau de concordance des indicateurs,														
5.2.5 Dénoncer les accords d'entreprise	Directeur	Respect du calendrier (15 mois)														
5.2.6 Négociation avec les IRP	Directeur	Respect du calendrier (15 mois) + signature d'un nouvel accord d'entreprise														

Page 1

CHARLES

HUGUES

Septembre 2021

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : ASKORIA**

**REFONDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT AFIN QUE L'EHPAD
DEVienne UN LIEU DE VIE REpondANT AUX ATTENTES ET
AUX BESOINS DE CHAQUE PERSONNE VIEILLISSANTE**

Résumé :

La multiplicité des vieillesse et des attentes individuelles, additionnées aux diverses cultures et générations vivant à la Maison Saint-Cyr, nécessitent de repenser intégralement les dispositifs d'accompagnement. Face aux orientations politiques de ces vingt dernières années, l'EHPAD se doit d'évoluer de façon bienveillante et personnalisée. Pour garantir le respect de la dignité de chaque résident et la continuité de parcours, il me paraît primordial de satisfaire le désir de vieillir chez soi grâce à des innovations ambitieuses.

Dans un contexte social et sanitaire complexe, je dois conduire une équipe vers une nouvelle approche médico-sociale des personnes vieillissantes dépendantes. Pour passer du soin au prendre soin, je dois mettre en œuvre des réponses adaptées aux attentes individuelles.

C'est à travers la refonte du projet d'établissement que j'engage la Maison Saint-Cyr vers son futur.

Mots clés :

Alzheimer, Attentes, Autonomie, Chez Soi, Coordination De Parcours, CPOM, Dépendance, Diversification de l'offre, EHPAD, Gérontologie, GPEC, Habitat Intermédiaire, Innovation, Lieu de Vie, Management Agile - Visuel, Maladies Neurodégénératives, Personnes Vieillissantes, PASA, Plateforme De Répit, Projet d'établissement, Projets Personnalisés, Qualité de Vie au Travail, Résidents, Unité de Vie Protégée, Vieillesse

L'École des Hautes Études 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.

