

**CREER UN ACCUEIL DE JOUR AU SEIN D'UN EHPAD
POUR FACILITER LE MAINTIEN A DOMICILE
DES PERSONNES AGEES**

**UNE OFFRE TERRITORIALE REpondant AUX BESOINS DES AIDANTS
ET DES AIDES : REPIT ET SOCIALISATION**

Christine STEIBLE

2018

Remerciements

Je souhaite remercier l'Estes de Strasbourg, l'équipe pédagogique et l'ensemble des intervenants pour la qualité de leurs enseignements.

J'adresse tous mes remerciements également à Clarisse, ma directrice de mémoire, pour son exigence, son investissement, sa présence et son optimisme qui font d'elle une excellente accompagnatrice.

Un grand merci à Nathalie et Doris, pour leur travail de relecture, leur regard critique qui m'ont aiguillée et aidée à parfaire ce document.

Enfin, et non des moindres, merci à Patrick, mon mari, pour le soutien et la patience inconditionnels qu'il m'a témoignés tout au long de ces mois de formation. Je n'oublie pas Julie et Thibaud, mes enfants, qui, de part leur confiance, m'ont également portée dans cette aventure.

Sommaire

Introduction	1
1 Le vieillissement de la population et le maintien à domicile.....	3
1.1 Le vieillissement et ses symptômes multifacettes	3
1.1.1 Une définition à la fois biologique et sociale	3
1.1.2 Les manifestations du vieillissement.....	4
1.1.3 La démence : première cause de dépendance.....	6
1.2 Le vieillissement de la population : un constat planétaire	10
1.2.1 Un phénomène universel.....	10
1.2.2 La prise de conscience des politiques publiques	12
1.2.3 Le répit de l'aidant et de l'aidé : un besoin incontournable.....	17
1.3 Présentation générale de la Résidence Marcel Krieg	22
1.3.1 Un public accueilli de plus en plus dépendant	22
1.3.2 Une actualité sectorielle abondante et préoccupante	23
1.3.3 Des ressources humaines pluridisciplinaires	24
2 Une offre de répit insuffisante sur la ZP d'Obernai-Sélestat.....	27
2.1 Des dispositifs participant au « bien vieillir »	27
2.1.1 Le « bien vieillir » passe par un changement de regard.....	27
2.1.2 Les différentes offres de répit existantes	28
2.1.3 Le défaut de dispositifs de soutien confirmé par l'investigation de terrain	31
2.2 Les leviers internes et externes	33
2.2.1 Les forces de la Résidence Marcel Krieg sont multiples	33
2.2.2 Les opportunités renforcées par un appel à projet.....	41
2.3 Les points de vigilance et leurs actions préventives.....	43
2.3.1 Des faiblesses concentrées autour des ressources humaines.....	43
2.3.2 Des menaces externes gravitent autour de l'accueil de jour	44
2.3.3 Les actions pour enrayer les obstacles au développement de l'ADJ.....	45
3 Le projet de création d'un accueil de jour	51
3.1 L'appel à projet.....	52
3.1.1 Son cadre juridique	52
3.1.2 Un management participatif du projet.....	54

3.1.3 RMK : lauréat de l'appel à projet.....	56
3.2 La mise en œuvre du projet et ses objectifs stratégiques	57
3.2.1 Créer un Accueil de jour.....	57
3.2.2 Adapter la réponse aux besoins des personnes.....	67
3.2.3 Adopter une communication efficace	70
3.2.4 Créer un réseau de partenaires	72
3.3 L'évaluation.....	75
3.3.1 L'évaluation, partie intégrante du processus qualité.....	75
3.3.2 Une évolution positive du service.....	75
Conclusion	81
Bibliographie.....	83
Glossaire	89
Liste des tableaux et schémas	98
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAP :	Appel à projets.
ABRAPA :	Association bas-rhinoise d'aide et de service à la personne âgée.
ADJ :	Accueil de jour.
ADIRA :	Agence du développement économique du Bas-Rhin.
AES :	Accompagnant éducatif et social.
AFBAH :	Association française pour la bienveillance des aînés et/ou handicapés.
AGGIR :	Autonomie gérontologie groupe iso-ressource.
ALD :	Affection longue durée.
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux.
APA :	Aide personnalisée d'autonomie.
APAMAD :	Association pour l'accompagnement et le maintien à domicile.
ARS :	Agence régionale de santé.
ASV :	Loi d'adaptation de la société au vieillissement.
CAFDES :	Certificat d'aptitude à la fonction de directeur d'établissement social et médico-social.
CASF :	Code de l'action sociale et des familles.
CD :	Conseil départemental.
CD 67 :	Conseil départemental du Bas-Rhin.
CIAAF :	Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux.
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
COPIL :	Comité de pilotage.
CVS :	Conseil de la vie sociale.
DIPC :	Document individuel de prise en charge.
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
EHESP :	Ecole des hautes études en santé publique.
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
ESA :	Equipes spécialisées Alzheimer.
ESPAS :	Espace d'accueil seniors.
ESTES :	Ecole supérieure en travail éducatif et social.
ETP :	Equivalent temps plein.
GIR :	Groupe iso-ressource.
GMP :	Gir moyen pondéré.

HAS :	Haute autorité de santé.
HPST :	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers.
IFAS :	Institut de formation des aides-soignantes.
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques.
MA :	Maladie d'Alzheimer.
MAIA :	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie.
MDA :	Maison de l'autonomie.
MO :	Maître d'ouvrage.
MOE :	Maître d'œuvre.
MOFF :	Diagramme des menaces, opportunités, forces, faiblesses.
MONALISA :	Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés.
OMS :	Organisation mondiale de la santé.
PMP :	Pathos moyen pondéré.
PMR :	Personne à mobilité réduite.
PRIAC :	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.
PRAG :	Plateforme territoriale d'appui d'Alsace.
PSD :	Prestation spécifique dépendance.
RAG :	Réseau d'appui aux médecins généralistes.
RMK :	Résidence Marcel Krieg.
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile.
SAAD :	Service d'aide et d'accompagnement à domicile.
SROMS :	Schéma régional d'organisation médico-sociale.
TIC :	Technologies de l'information et de la communication.
USLD :	Unité de soins de longue durée.
UTAMS :	Unité territoriale d'action médico-sociale.
UVP :	Unité de vie protégée.
ZP :	Zone de proximité.

Introduction

« Moi, à 85 ans, j'ai l'impression de vivre un cycle nouveau, aussi nouveau que quand j'étais adolescente !¹ »

J'ai choisi d'introduire le mémoire-projet de ma formation Cafdes par cette déclaration qui, je l'espère, séduira le lecteur autant qu'elle m'a séduite. Certes mon travail porte sur le vieillissement de la population et l'accompagnement de cette tranche de vie, sujet empreint de préjugés trop souvent orientés vers la fin de vie. Il n'en reste pas moins que sont en scène des personnes à part entière, qui, même diminuées physiquement, conservent une personnalité et des pensées positives, des envies, des besoins, de la tendresse, de l'amour, de l'énergie. De plus, le vieillissement nous concerne tous, soit par la présence d'une personne âgée dans notre entourage plus ou moins proche, soit tout simplement par l'évolution individuelle de chacun d'entre nous qui nous mène inéluctablement vers cette phase de notre existence.

J'occupe actuellement un poste d'infirmière au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante (Ehpad) « Résidence Marcel Krieg » (RMK) et me place depuis la position de directrice de cet établissement pour la rédaction de ce mémoire.

J'ai souhaité me pencher sur le phénomène du vieillissement pour une meilleure compréhension et une prise en charge la plus adaptée possible des personnes accueillies.

J'ai avant tout mené une réflexion sur le vieillissement en général, ses manifestations, ses conséquences, et son évolution chiffrée.

Ensuite, mon investigation s'est poursuivie par une interrogation sur les attentes des personnes vieillissantes, interrogation qui m'a permis de pointer leur souhait de vivre à domicile le plus longtemps possible. Face à ce constat largement soutenu par les politiques publiques depuis de nombreuses années, j'ai décidé de mener un diagnostic externe à l'établissement pour faire un état des lieux des offres facilitant ce maintien à domicile sur le territoire d'intervention de RMK. Le résultat de cette prospection pointe l'absence d'accueil de jour sur la zone de proximité d'Obernai-Sélestat et m'oblige, en tant que responsable d'une structure d'accompagnement de personnes âgées, à aller plus loin et à réfléchir, par un diagnostic interne, aux solutions que je peux apporter pour pallier cette absence de structure.

¹ Fondation Korian. Vieillir n'est pas une question d'âge ! Parole de séniors. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://fondation-korian.com/prendre-de-soin-de-soi-de-interiorite/>

Ainsi, la troisième partie de ce mémoire est-elle consacrée à la mise en œuvre d'un projet de création d'un accueil de jour pour personnes âgées, vivant à domicile, dépendantes ou atteintes de la maladie d'Alzheimer.

1 Le vieillissement de la population et le maintien à domicile

1.1 Le vieillissement et ses symptômes multifacettes

L'avancée en âge est un événement naturel et inévitable, à travers lequel l'individu connaît des bouleversements multiples, aussi bien sur le plan physique, psychologique, affectif ou encore social.

1.1.1 Une définition à la fois biologique et sociale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition précise du vieillissement :

« Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès.

Mais ces changements ne sont pas linéaires, [...] et n'ont que peu de rapport avec l'âge de la personne en années. [...].

Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire. Pour mener une action de santé publique face au vieillissement, il faut employer des approches qui non seulement réduisent les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial². »

Cette interprétation pointe les multifacettes du vieillissement, avec son versant purement biologique mais aussi son versant social et psychologique touché par les différentes étapes de la vie et leurs bouleversements. Il faut néanmoins préciser que, chaque individu étant singulier, le vieillissement impacte chaque personne de manière différente.

Mais quelles sont plus précisément ces manifestations du vieillissement qui mettent à mal le souhait des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible à domicile ?

² OMS. Vieillissement et santé. [visité le 1.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>

1.1.2 Les manifestations du vieillissement

A) Les principales pathologies liées au vieillissement

Les différents organes subissent des modifications liées au vieillissement qui engendrent des pathologies fréquemment rencontrées³.

- ❖ Le système cardiovasculaire : la personne âgée souffre d'hypertension artérielle, de chute de la tension artérielle lors de changement de position (hypotension orthostatique), de diminution des performances cardiaques.
- ❖ L'appareil locomoteur : les os deviennent instables ou poreux (ostéoporose), l'arthrose s'installe, dont la plus fréquente est celle de la hanche (coxarthrose). Les risques de trébuchement et de chute sont augmentés. Les chutes ont malheureusement de lourdes conséquences, dont la plus fréquente est la fracture du col du fémur. Une intervention chirurgicale empêche trop souvent le retour à domicile et l'institutionnalisation est organisée dans l'urgence par les familles et non consentie par la personne âgée.
- ❖ Les sens : la vue, l'audition, le goût et l'odorat ou encore les sensations de soif, de température, de douleur, sont diminués par l'entrée progressive dans le grand âge. La perte de goût et de sensation de soif mène jusqu'à la dénutrition et la déshydratation qui sont des raisons d'hospitalisation. La diminution de l'acuité visuelle et/ou auditive fragilise fortement la vie sociale par la difficulté de communication avec autrui.
- ❖ Le système nerveux central : l'impact de l'âge sur cet organe est le vieillissement du cerveau, l'appauvrissement des fonctions cognitives⁴ et la modification des émotions. Plus concrètement, la personne âgée éprouve des difficultés de mémorisation, de vitesse d'écriture, de concentration, de capacité de décision dans des situations imprévues, d'orientation dans un nouvel environnement, de réactions émotionnelles... en fait, il s'agit d'un ralentissement de l'ensemble des processus de traitement de l'information.

B) Les autres éléments de vie touchés par le vieillissement

Au-delà des aspects pathologiques, et comme décrit dans la définition de l'OMS, le vieillissement engendre d'autres événements que l'on peut nommer « crises⁵ ». On y retrouve, au-delà de la perte d'environnement social, la période de la retraite, la mort du partenaire, et la crise liée à la maladie.

³ Menche N., 2007, « La personne âgée » in Menche N., *Anatomie, Physiologie et Biologie*, Paris : Maloine, p. 429

⁴ Voir glossaire

⁵ Menche N., *op. cit.*, p. 429

a) *La désocialisation, source de nombreux troubles*

La qualité de vie de tout individu est dépendante de la qualité de sa vie sociale. Elle prend forme à travers des relations sociales, amicales ou affectives entretenues avec la famille, les voisins, les amis, les collègues... ou grâce à des relations nouvellement créées. Chez l'individu vieillissant, elle sera le garant du maintien des capacités sociales, mais également physiques, du ralentissement du processus de vieillissement, d'un maintien de la vitalité psychologique.

« Il n'est pas rare d'entendre parler de « crise du lien social », de la nécessité de « retisser » ce lien. Le terme désigne alors un désir de vivre ensemble, de relier les individus dispersés, d'une cohésion plus profonde de la société. [...] l'homme est, dès sa naissance, lié aux autres et à la société non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme⁶ ».

La désocialisation est une conséquence grave du vieillissement. Elle est due à l'éloignement des enfants, à la perte de son conjoint, à la perte des amis eux-mêmes vieillissants et confrontés à leurs propres problématiques liées à l'âge, à la perte d'élan et d'autonomie qui permettraient de continuer à s'investir dans une vie sociale ou associative. On parle d'ailleurs de mort sociale avant la mort biologique, les personnes âgées étant en risque croissant d'exclusion sociale. Cette mort sociale est alimentée par la notion de vieillissement des rôles sociaux, autre versant du vieillissement global qui vient compléter et interagir avec les aspects physiologiques et psychologiques⁷.

Le processus du vieillissement habituel des rôles sociaux est notamment lié au départ des enfants, au passage à la retraite (avec la perte du rôle principal de producteur de biens ou de services, mais aussi la perte des rôles secondaires de relations avec les clients, les collègues, les fournisseurs, le rôle syndical...).

La mort sociale naît de la disparition de ces rôles sociaux, et avec elle on observe une dégradation de l'image de soi, une perte d'élan vital et l'apparition de pathologies.

L'association Monalisa (mobilisation nationale contre l'isolement des âgés), créé en 2014 et inscrite dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV⁸), s'est emparée de ce problème. Cette entité regroupe des associations, des collectivités, des caisses de retraite qui entretiennent un partenariat entre la société civile et la puissance publique, dans le but de lutter contre l'isolement social des personnes âgées. Elle

⁶ Paugam S., 2009, *Le lien social*, Presses universitaires de France, Collection « Que sais-je ? » présentation. [visité le 06.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/le-lien-social--9782130578307.htm>

⁷ Hervy B., 2001, « L'animation sociale avec les personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 (vol. 24 / n° 96), p. 15.

⁸ Monalisa. La mobilisation de tous pour chacun. [visité le 28.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.monalisa-asso.fr/monalisa/mobilisation>

s'appuie sur un réseau de bénévoles qui offrent des prestations comme des visites, des promenades, des sorties aux quelques 1.2 million de personnes de plus de 75 ans touchées par l'isolement⁹.

Les réponses attendues sont évidemment sociales, et cette vie sociale est synonyme d'ouverture vers l'extérieur, de passage par un groupe, afin d'entretenir des relations avec les autres, et ainsi faire naître de nouveaux rôles. On n'a pas de vie sociale, lorsqu'on est seul chez soi.

b) Une crise existentielle : la retraite

Bien que souvent accueillie avec enthousiasme, la retraite devient, au fil des mois, une étape perturbatrice de tous les rythmes habituels de la vie, des repères et des sens que la personne leur donnait. C'est une période de déséquilibre qui demande une réadaptation de la famille et des rôles de chacun, qui peut engendrer des tensions et des problèmes de couple. A cela, peuvent parfois être associés des problèmes financiers, source supplémentaire d'amertume.

c) La perturbante mort du partenaire

Le décès du conjoint laisse place au vide et à l'absence de sens pour la personne restante. Ainsi, les problèmes de santé peuvent s'aggraver et aboutir à une augmentation de la mortalité durant les 2 à 3 années suivant le décès du partenaire.

d) L'obsessionnelle maladie

De nombreuses personnes âgées se focalisent, de manière obsessionnelle, sur leur état de santé au point de voir apparaître des symptômes réels, et parfois subjectifs. Ces problèmes de santé aboutissent à des polyopathologies¹⁰ qui aggravent et accélèrent le processus de vieillissement.

1.1.3 La démence : première cause de dépendance

La démence¹¹, pathologie particulièrement présente chez les personnes âgées, représente une des principales causes de dépendance, et c'est pourquoi j'ai décidé, en tant que professionnel responsable de l'accompagnement de la dépendance, d'aborder ce sujet avec plus de précisions. Sans oublier le fait qu'elle a aussi des répercussions physiques, psychologiques, sociales et économiques sur les personnes accompagnantes, sur les familles et sur la société.

⁹LaCroix. « Monalisa », un dispositif en pleine expansion. [visité le 28.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.la-croix.com/Journal/Monalisa-dispositif-pleine-expansion-2017-02-23-1100827092>

¹⁰ Voir glossaire

¹¹ Voir glossaire

Mais avant tout, je souhaite apporter quelques précisions sur trois notions qui s'entremêlent : l'autonomie, la dépendance, l'indépendance.

Tout d'abord, l'autonomie et l'indépendance peuvent être définies comme le fait le Dr Philippe Colbeau-Justin, spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation¹²:

« La personne AUTONOME décide elle-même de l'organisation de sa vie, donc des actions à réaliser. La personne INDEPENDANTE a la possibilité de faire seule, mais n'est pas forcément autonome ».

La dépendance quant à elle est définie par la loi du 24 janvier 1997 tendant à répondre aux besoins des personnes âgées (60 ans ou plus) : la dépendance se dit de « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière¹³ ». La dépendance peut également répondre à cette définition : « l'impossibilité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel¹⁴ ». Cette approche pointe l'environnement comme déterminisme incontournable de la dépendance car selon l'adaptation de l'environnement, une personne peut alléger sa dépendance. Pour preuve, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est, comme son nom l'indique, une allocation permettant aux personnes âgées dépendantes, de retrouver une forme d'autonomie à domicile, à travers l'amélioration de son environnement. Ainsi, elle peut décider, selon les aides qui peuvent lui être apportées, de rester vivre chez elle. Mais la dépendance a un coût, pour les personnes elles-mêmes et pour l'ensemble de la société. Pour les familles, l'effort financier mensuel peut aller de 400 à 700 € en fonction du degré de dépendance¹⁵. Sur les 34 milliards d'euros annuels que représentent les dépenses liées à la dépendance, 24 milliards sont pris en charge par l'Etat et 10 milliards restent à la charge des particuliers. Cette enveloppe est susceptible d'augmenter de 10 milliards d'€ par an dès 2040. Pour assurer le financement de la dépendance, la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, prévoit la création de la journée de solidarité¹⁶ dont les revenus sont gérés par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cependant, cette ressource n'étant pas suffisante pour assurer les dépenses liées à la dépendance, Mme Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la

¹² Institut du MAI. Le concept clé : autonomie et dépendance. [visité le 01.07.2018], disponible sur Internet : http://www.le-mai.org/autonomie_dependance.html

¹³ IRDES. *Le financement de la dépendance des personnes âgées en France*. Février 2018. p. 3

¹⁴ Humanis. Qu'est-ce que la dépendance et la perte d'autonomie ? [visité le 01.07.2018, mis à jour le 24.05.2018], disponible sur Internet : <https://essentiel-autonomie.humanis.com/comprendre-perte-autonomie/evaluer/definition-dependance>

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Voir glossaire

santé, a lancé en avril 2018 l'idée d'une deuxième journée de solidarité¹⁷. Autre piste de réflexion : la création d'un 5^{ème} risque, géré et financé par la sécurité sociale, le risque dépendance, venant compléter les 4 risques déjà existants (la vieillesse, la maladie, la maternité et l'accident du travail). Cette idée, déjà lancée sous le gouvernement Sarkozy, revient sur le devant de la scène avec, en toile de fond, la solidarité nationale et la responsabilité individuelle¹⁸.

Même si l'estimation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) reste difficile, le Conseil Départemental du Bas-Rhin (CD 67) annonce une prévalence¹⁹ de 14% de la population de 75 ans et plus²⁰. Ce chiffre m'interpelle et me questionne sur le type d'accompagnement assuré par RMK aujourd'hui et ses nouvelles orientations relatives au changement éventuel du public accueilli.

D'autant plus que les démences, dont 60 à 70% des cas sont liés à la MA, correspondent à une perte progressive de fonctions du cerveau suite à la mort de neurones, qu'il s'agit de pathologies neurodégénératives, pour lesquelles il n'existe, à l'heure actuelle, aucun traitement curatif. Ceci signifie pour moi que des approches non médicamenteuses doivent être développées et assurées par des structures médico-sociales.

A) Comment peut-on traiter la maladie ?

Les traitements médicamenteux, accompagnés de lourds effets secondaires, semblent pouvoir ralentir l'évolution de la maladie et de ses symptômes. Cependant, Mme Agnès Buzyn a annoncé, sur conseil de la Haute Autorité de Santé (HAS), le déremboursement de ces médicaments à compter du 1^{er} août 2018²¹.

Par ailleurs, les approches non médicamenteuses, très bénéfiques, font partie intégrante du traitement de la MA. Elles permettent de conserver l'autonomie de la personne, d'améliorer sa qualité de vie (et celle de son aidant proche) en préservant le plus longtemps possible ses capacités résiduelles.

Il existe quatre types d'interventions²² :

- ❖ La médiation artistique comme la peinture, la sculpture, la musique.

¹⁷ Rédaction. Bientôt une deuxième journée de solidarité non payée ? [visité le 02.07.2018] ; disponible sur Internet : <https://www.silvereco.fr/bientot-une-deuxieme-journee-de-solidarite-non-payee/3197648>

¹⁸ Löchen V. *Comprendre les politiques sociales*, 5^{ème} édition, Paris : Dunod, p. 279

¹⁹ Voir glossaire

²⁰ Conseil départemental Bas-Rhin. Solidarités. Maladie d'Alzheimer. [visité le 21.10.2016], disponible sur Internet : <http://www.bas-rhin.fr/solidarites/personnes-agees/maladie-d-alzheimer>

²¹ France Alzheimer. Déremboursement des médicaments anti-Alzheimer, et après ? [visité le 04.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.francealzheimer.org/deremboursement-des-medicaments-anti-alzheimer-et-apres/>

²² France Alzheimer. Comprendre la maladie. Les traitements [visité le 15.10.2016], disponible sur : <http://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/les-traitements/194> Internet

- ❖ La médiation corporelle comme la gym douce.
- ❖ La médiation cognitive comme les ateliers mémoire.
- ❖ Le soutien psychologique.

L'idée de ces stratégies est d'adapter l'environnement de la personne malade, de la valoriser dans l'expression de ses capacités encore existantes. Plusieurs professionnels peuvent intervenir, comme l'ergothérapeute²³, le musicothérapeute, le psychologue, l'orthophoniste. Ces actions peuvent être mises en œuvre à domicile (par l'aidant proche formé à ces pratiques, par une personne intervenant à domicile) ou dans une institution comme un accueil de jour (ADJ). Ces informations sont importantes pour moi car me permettent de repenser l'accompagnement de RMK face à des besoins en pleine évolution.

B) Des actions menées à l'échelle mondiale, européenne et française

L'OMS considère la démence comme une priorité de santé publique²⁴ planétaire et a chiffré ses conséquences : « *En 2015, le coût sociétal total de la démence dans le monde était estimé à 818 milliards de dollars (US), soit 1% du produit intérieur brut (PIB) mondial* ».

L'OMS constate également que de lourdes pressions physiques, psychologiques et économiques peuvent peser sur les familles des personnes dépendantes, mais aussi des soignants, et que les personnes atteintes sont souvent privées des libertés, du choix et des droits fondamentaux par l'usage de contention physique ou chimique dans les services de gériatrie de nombreux pays.

Au regard de ces éléments, et suite au rapport publié en 2012 « Dementia : a public health priority » [La démence : une priorité de santé publique], des actions ont été menées sur le plan international avec le programme « Comblent les lacunes en santé mentale », la première conférence ministérielle sur l'action mondiale contre la démence, la mise en ligne d'un accompagnement des aidants via « iSupport », la création de l'Observatoire mondial de la démence.

La même prise de conscience s'opère sur le territoire européen²⁵ et de nouvelles initiatives²⁶ voient le jour afin de créer des partenariats public-privé et de renforcer l'action de chaque pays membre en terme de prévention, de recherche, d'accompagnement, de

²³ Voir glossaire

²⁴ OMS. La démence. [visité le 05.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

²⁵ Grossetête F., Amouyel P. Lutte contre la maladie d'Alzheimer : l'Union Européenne en première ligne. [visité le 25.06.2017], disponible sur Internet : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/09/21/lutte-contre-la-maladie-d-alzheimer-l-union-europeenne-est-en-premiere-ligne_1575101_3232.html

²⁶ Voir glossaire : Alcove, IMI2, JPND

développement de nouveaux métiers, de soutien aux familles dans l'objectif ultime de permettre aux personnes de vieillir dans la dignité.

En France, l'apparition de dispositifs, associations ou fondations comme les différents plans Alzheimer (point 1.2.2, B, d), France Alzheimer, Médéric Alzheimer, Alsace Alzheimer, sont le signe de la volonté et de la nécessité d'un accompagnement adapté.

Face aux processus biologiques, comportementaux ou encore sociaux qu'elle subit, la personne vieillissante a besoin d'être soutenue par ses proches ou par des aidants professionnels pour pouvoir vivre ces étapes de la manière la plus sereine possible.

Cet accompagnement est devenu un enjeu humain mais aussi un enjeu sociétal du fait de l'augmentation du nombre de personnes concernées. Mon rôle de professionnel et de dirigeant d'une structure m'oblige à réfléchir à la manière la plus appropriée dont RMK peut s'inscrire dans cette évolution qui concerne les personnes âgées elles-mêmes, leurs proches aidants et la société dans son ensemble.

1.2 Le vieillissement de la population : un constat planétaire

1.2.1 Un phénomène universel

A) Dans le monde, cette tranche de la population va doubler

Les chiffres avancés par l'OMS nous annoncent un doublement de la proportion des personnes de 60 ans et plus entre 2015 et 2050 (passant de 12 à 22%). Pour la première fois dans l'histoire de l'homme, une majorité de personnes ont une espérance de vie supérieure à 60 ans. Cette forte progression est plus prégnante dans les pays à faibles revenus comme le Brésil ou l'Inde qui n'auront qu'une vingtaine d'années pour s'adapter à cette progression du vieillissement de la population alors que la France connaît une croissance plus lente qui a démarré il y a plus de 150 ans²⁷. Le vieillissement entraîne avec lui l'apparition de démences et on peut dénombrer à ce jour, dans le monde, 47 millions de personnes atteintes et 9.9 millions de nouveaux cas chaque année²⁸.

B) Un accroissement également constaté en Europe

Au 1^{er} janvier 2015²⁹, 18.9% de la population européenne sont des personnes âgées de plus de 65 ans. Cette tranche de la population a cru de 2,3% en dix ans. La principale

²⁷ OMS. Vieillesse et santé. *op. cit.*

²⁸ OMS. La démence. *op. cit.*

²⁹ eurostat. Structure et vieillissement de la population. [visité le 14.06.2018], disponible sur Internet : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr#Les_tendances_pass.C3.A9es_et_futures_du_vieillesse_d.C3.A9mographique_dans_l.E2.80.99Union

raison de ce vieillissement est l'augmentation de l'espérance de vie de la population, ce qui permet aux spécialistes de parler du vieillissement par le sommet de la pyramide démographique.

En Europe toujours, à partir de 85 ans, 1 femme sur 4 et 1 homme sur 5 sont touchés par la maladie d'Alzheimer ou autre démence apparentée. Ce chiffre devrait quasiment doubler au cours des vingt prochaines années³⁰. Selon les prévisions, le nombre de personnes concernées devraient atteindre 10 millions en 2040 contre 6 millions en 2011³¹.

C) La France n'est pas épargnée

La France n'étant pas épargnée par le vieillissement de la population, elle compterait, en 2050, un tiers de la population âgée de 60 ans plus, contre 20 % en 2005, sur un total de 70 millions d'habitants³². Sur le territoire, en 2010, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est estimé à 870 000 personnes et les projections sur 2020 prédisent une population de 2 millions de personnes³³. Ces chiffres élevés font de cette pathologie un réel problème de santé publique avec 225 000 nouveaux cas détectés chaque année.

En 2015, l'Alsace dénombre 159 500 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce chiffre pourrait atteindre 167 500 en 2020³⁴. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) prévoit une augmentation de +21% des personnes âgées de plus de 75 ans et de +75% pour les personnes de 85 ans et plus, entre 2008 et 2020. Le CD 67 fait état actuellement, en Alsace, de 5 547 personnes, tous âges confondus, reconnues en affection longue durée (ALD)³⁵ par l'Assurance Maladie au titre de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Les données ne sont probablement pas estimées à leur juste valeur, du fait d'absence de diagnostics. « *Ainsi, dans le Bas-Rhin, 14% de la population de 75 ans et plus serait concernée, soit environ 9 300 malades*³⁶ ».

L'Ehpad « Résidence Marcel Krieg » est implanté à Barr, sur la zone de proximité (ZP) d'Obernai-Sélestat. Cette zone est située en centre Alsace, au sud du Bas-Rhin et s'étend sur 981 km² de Marckolsheim à Obernai et d'Erstein à Villé, soit 101 communes (annexe 1). Elle compte 153 829 habitants dont 21.7% ont plus de 60 ans et 7.9% plus de

³⁰ Grossetête F., Amouyel P. *op. cit.*

³¹ Perez M. Alzheimer : 6 millions de malades en Europe. [visité le 25.10.2017], disponible sur Internet : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/03/31/20147-alzheimer-6-millions-malades-europe>

³² Insee. Projection de populations pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. [visité le 2.07.2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

³³ Fantini-Hauwel C., Gély-Nargeot M-C., Raffard S., 2014, *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*, Paris : Dunod, p. 90

³⁴ ARS. Offre de santé. Champs de la personne âgée [visité le 15.10.2016], disponible sur Internet : <http://www.ars.alsace.sante.fr/Champ-de-la-personne-agee.172333.0.html>

³⁵ Voir glossaire

³⁶ Conseil départemental Bas-Rhin. *op. cit.* [visité le 21.10.2016]

75 ans³⁷. Le secteur n'est pas épargné par le vieillissement de la population puisque l'évolution projetée des 75 ans et plus est de l'ordre de 37% entre 2011 et 2026 (contre 33% pour l'ensemble de l'Alsace), alors que l'évolution projetée des moins de 20 ans sur la même période est, elle, de 1.1%³⁸.

Parmi les 33 445 personnes de plus de 60 ans de la ZP d'Obernai-Sélestat, 1 905 sont bénéficiaires de l'APA³⁹, ce qui représente 1.2% de cette tranche de population⁴⁰. Le taux de prévalence du Bas-Rhin (560 pour 100 000 personnes) permet de calculer un nombre de 863 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, sur l'ensemble de la population⁴¹. Ces chiffres probablement sous-estimés ne reflètent pas la réalité du terrain car toutes les situations ne sont pas diagnostiquées, et la déclaration de la maladie n'est pas obligatoire.

Le Pays de Barr et du Bernstein est une intercommunalité regroupant 20 communes sur une superficie de 190 km² (annexe 2). Ce territoire dénombre une population globale de 23 502 personnes en 2012⁴² et 2 232 personnes de plus de 75 ans en 2013⁴³. Selon le taux de prévalence appliqué par le Département du Bas-Rhin⁴⁴, 132 personnes seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés pour lesquelles très peu de solutions de répit de proximité existent. Les SSIAD de Sélestat, Obernai et Gertwiller (annexe 1) y interviennent régulièrement, mais aucune offre d'accueil de jour n'y est disponible (point 2.1.2, C).

Je prends conscience, par ces chiffres, de l'ampleur du besoin d'investigation du service rendu aux personnes âgées sur ce territoire, pour laquelle je dois m'investir.

1.2.2 La prise de conscience des politiques publiques

Les politiques publiques ont évolué et ont dû s'adapter à ce phénomène d'accroissement du vieillissement de la population. La notion de solidarité étant primordiale dans la prise en charge des personnes âgées, du fait de leurs revenus insuffisants pour assumer seules des frais de santé ou d'aide, elle apparaît en fil rouge dans les textes évoqués plus loin.

Étymologiquement, le terme solidarité vient du latin « solidus », qui signifie :

³⁷ MAIA. Diagnostic territorial partagé. Zone de proximité Sélestat Obernai. 2016. p. 10

³⁸ ORS Alsace. Portrait Sanitaire et Social. Zone de Proximité Obernai-Sélestat. Juillet 2013, p. 2

³⁹ Voir glossaire

⁴⁰ MAIA. *op. cit.* p. 17

⁴¹ *Id.*, page 21

⁴² Adira. Chiffres clé de la communauté de communes de Barr-Bernstein. 2015, p. 2

⁴³ Insee. Évolution et structure de la population en 2013. Intercommunalité-Métropole de CC Barr-Bernstein. [visité le 12.11.2016], disponible sur Internet : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020130?sommaire=2106142&geo=EPCI-200034270#POP_T0

⁴⁴ Taux de prévalence : 560 personnes pour 100 000 habitants

« La solidarité est le sentiment de responsabilité et de dépendance réciproque au sein d'un groupe de personnes qui sont moralement obligées les unes par rapport aux autres. Ainsi, les problèmes rencontrés par l'un ou plusieurs de ses membres concernent l'ensemble du groupe. La solidarité conduit l'homme à se comporter comme s'il était directement confronté au problème des autres, sans quoi, c'est l'avenir du groupe (donc le sien) qui pourrait être compromis. (...) La solidarité humaine est un lien fraternel et une valeur sociale importante qui unissent le destin de tous les hommes les uns aux autres. C'est une démarche humaniste qui fait prendre conscience que tous les hommes appartiennent à la même communauté d'intérêt⁴⁵. »

Le sociologue Emile Durkheim⁴⁶ considère la solidarité comme une attitude primitivement sociale. Il en distingue deux catégories :

- ❖ La solidarité mécanique, qui résulte, dans des sociétés à forte conscience collective, de la similitude des individus.
- ❖ La solidarité organique, qui, quant à elle, règne sur un modèle de société moderne, et résulte davantage des interdépendances liées à la division du travail et à l'individualisme.

La définition de la solidarité donnée plus haut pointe la responsabilité, l'entraide, mais aussi l'avenir du groupe entier, l'union des destins de chacun, l'interdépendance des uns vis-à-vis des autres. Cela signifie que, ramenée au cas du vieillissement, la solidarité doit prendre vie et forme au sein de notre société pour accompagner nos pairs dans leur avancée en âge afin, d'une part, de les aider à bien vieillir et d'autre part, de sauvegarder la qualité de vie de toutes les générations.

A) Une politique européenne du vieillissement actif

L'Europe rencontre des problèmes politiques car la plupart des dirigeants des états membres sont confrontés à la question du maintien du principe de solidarité entre les générations qui permet d'assurer la pérennité des régimes de retraite, la prise en charge des soins de santé et de soins de longue durée⁴⁷.

Le problème a été abordé pour la première fois avec la résolution du 18 février 1982⁴⁸, sur les problèmes que pouvaient rencontrer les personnes âgées de la Communauté

⁴⁵ La Toupie. Solidarité. Un pour tous, tous pour un. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Solidarite.htm>

⁴⁶ Voir glossaire

⁴⁷ Commission européenne. Vieillissement actif. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=fr>

⁴⁸ Commission européenne. Politique du vieillissement. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/intro_fr.htm

européenne. L'année 1993, année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations, a été un moment fort de sensibilisation des sociétés au vieillissement, de promotion de la solidarité intergénérationnelle et de l'intégration des personnes âgées au sein de la société. En 2007, la Commission européenne lance un plan d'action nommé « Bien vieillir dans la société de l'information », qui porte sur le vieillissement actif et les technologies de l'information et de la communication (TIC). On retrouve l'engagement de l'Union tout au long de l'année 2012, proclamée année européenne pour le vieillissement actif et la solidarité intergénérationnelle⁴⁹.

La commission européenne donne la définition suivante du vieillissement actif :

« Le terme vieillissement actif désigne le fait d'aider les personnes âgées à rester aussi longtemps que possible les acteurs de leur propre vie et à contribuer à l'économie et à la société dans la mesure du possible⁵⁰. »

Le défi sous-jacent est de faire face au phénomène du vieillissement de la population qui vient heurter la diminution de 14.2% de la population en âge de travailler d'ici 2060.

Dans mon esprit, cela signifie que les personnes âgées devront rester le plus longtemps possible autonomes financièrement face aux dépenses liées à leur perte d'autonomie. Pour une gestion d'établissement, ce changement d'angle de vue (c'est-à-dire la diminution probable des aides publiques) demande un regard plus acéré sur la solvabilité des résidents. Il en va de la continuité de l'offre de service, de la pérennité de la structure et du maintien des emplois.

B) Des politiques françaises pour une meilleure approche de la dépendance

En France, les politiques publiques se sont depuis de nombreuses années déjà emparées du sujet des personnes âgées et de leur dépendance. Depuis le rapport Laroque en 1962, et jusqu'à la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement de décembre 2015, dite loi ASV, les responsables consécutifs n'ont eu de cesse d'aborder la problématique de l'âge et de la dépendance sous l'angle du respect du choix des personnes, de leur souhait du maintien à domicile et du besoin de répit de la personne aidante.

a) *Le rapport Laroque, une éthique du vivre ensemble*

Pierre Laroque, haut fonctionnaire français, propose à travers un rapport, en 1962, de mener une réflexion éthique sur le vivre ensemble à travers une politique de maintien à

⁴⁹ Conseil départemental bas-rhin. La programmation européenne en faveur du vieillissement. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <http://silvereconomie.bas-rhin.fr/les-marches-silvereconomie-et-l-europe/notre-engagement-europeen/la-programmation-europeenne-en-faveur-vieillissement/>

⁵⁰ Commission européenne. Vieillissement actif. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=fr>

domicile des personnes âgées, afin de les aider à garder leur place au sein de la société⁵¹. Il préconisait, entre autres, la mise en place d'aides telles que l'aide au ménage, l'allocation logement, et le développement d'outils de socialisation comme les clubs du 3è âge, les loisirs spécialisés, les centres de jour.

b) La loi du 24 janvier 1997 crée une nouvelle prestation dépendance

Il s'agit de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Cette étape a vu naître la prestation spécifique dépendance (PSD) ainsi que l'application de la grille Aggir (Autonomie gérontologie groupe iso-ressource)⁵². Un des objectifs de cette loi est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en établissement, mais aussi à domicile⁵³.

c) La loi rénovant l'action sociale replace l'usager au cœur du dispositif

La loi du 2 janvier 2002, dite loi 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a été un grand tournant dans notre secteur. Outre les nombreuses avancées qu'elle a instituées comme l'évaluation, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la redéfinition des établissements sociaux et médico-sociaux et leurs missions, elle a avant tout replacé l'usager au cœur du dispositif. Ainsi, l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) gravite autour des droits et libertés individuels, du respect de la dignité et de l'intégrité de la personne, de son libre choix entre des prestations adaptées, de l'accompagnement individualisé favorisant l'autonomie⁵⁴... autant de thèmes qui nous renvoie au soutien du maintien à domicile pour les personnes qui le souhaitent et qui soulignent la nécessité impérieuse de diversifier au maximum les offres de services.

d) Quatre plans Alzheimer successifs

Les gouvernements successifs ont travaillé à la construction de quatre différents plans Alzheimer depuis 2001, des plans ambitieux par les sommes engagées et aux objectifs communs formulés notamment autour du soutien aux personnes accompagnées et leurs familles et de la promotion du maintien à domicile.

e) Le plan Vieillesse et Solidarité a permis le développement de l'offre

⁵¹ Slaoui M., 2016. *Quelles politiques publiques face à la vieillesse et à la perte d'autonomie ?* Intervention Cafdes.

⁵² Voir glossaire

⁵³ Löchen V., 2016, *Comprendre les politiques sociales*, 5^{ème} édition, Paris : Dunod, p. 263

⁵⁴ *Ibid.*, p. 454

Suite à la canicule de 2003, ce plan déployé entre 2004 et 2007 a permis la création de 14 399 places en Ehpad, de 14 260 places en SSIAD (service de soins infirmiers à domicile), 4 140 places en accueil de jour et 1 837 en hébergement temporaire, soit un total de 34 636 places⁵⁵.

f) La loi du 30 juin 2004 et son soutien financier

La loi 2004-626 du 30 juin 2004, loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, a permis la création de la journée de solidarité et de la caisse nationale de solidarité à l'autonomie (CNSA) afin de soutenir les actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. C'est ainsi que le financement de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) a pu être assuré pour permettre, notamment, à de nombreuses personnes de rester à domicile⁵⁶. L'APA fait partie des dépenses d'aide sociale relevant de la compétence du Département, qui ne cessent d'augmenter passant, pour le département du Bas-Rhin, d'un peu plus de 16 millions d'Euros en 2002 à 47 millions en 2013⁵⁷.

g) Le plan de solidarité grand âge, une réaffirmation forte pour le maintien à domicile

Pour ce plan 2007-2012, le libre choix du domicile fait là encore partie des cinq grands axes, avec la possibilité de soins à la maison, davantage de services à domicile, la création du droit au répit pour les aidants familiaux, la création de nouvelles formes de logement⁵⁸.

h) Le plan national « Bien vieillir » pour un vieillissement réussi

L'enjeu de ce plan 2007-2009 est de mener tout individu, à travers des actions de prévention, vers un vieillissement réussi sur le plan sanitaire et social⁵⁹. Les actions préconisées abordent des thèmes variés comme le temps de départ à la retraite, les facteurs de risque du vieillissement prématuré, l'alimentation, l'activité physique, le bon usage des médicaments, la solidarité entre les générations, la recherche et l'innovation.

i) La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement renforce l'APA à domicile

⁵⁵ Sénat. Construire le cinquième risque : le rapport d'étape. [visité le 14.11.2016], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html>

⁵⁶ Légifrance. Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées [visité le 07.11.2016], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000622485>

⁵⁷ DREES. Rapports publics. Personnes âgées, handicap et dépendance. L'allocation personnalisée d'autonomie. Dépenses de l'APA : série longue 2003-2013 [visité le 22.10.2016], disponible sur Internet : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

⁵⁸ Bas P., 2006, Plan Solidarité Grand Age, p. 6

⁵⁹ Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan national « Bien vieillir 2007-2009 ». [visité le 29.06.2008], disponible sur Internet : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

La loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 dite loi ASV, tend à anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques. Cette loi repose sur 3 axes principaux dont l'anticipation de la perte d'autonomie et la faveur donnée au maintien à domicile lorsqu'il est souhaité par la personne, l'accompagnement de la perte d'autonomie par la reconnaissance des aidants proches, l'augmentation de l'APA afin de favoriser l'aide à domicile, l'inscription de l'aidant dans le code du travail pour lui permettre d'avoir recours à son droit au répit⁶⁰.

1.2.3 Le répit de l'aidant et de l'aidé : un besoin incontournable

A) Le répit : un concept légiféré

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante du répit :

« Arrêt momentané, suspension de quelque chose de pénible, d'une souffrance. Repos, interruption dans une occupation absorbante ou contraignante⁶¹. »

Droit reconnu, et largement mérité, pour les aidants, c'est également une occasion pour la personne aidée d'échapper à son quotidien.

Cette notion de répit se retrouve dans les textes officiels sous la forme du droit au répit de l'aidant proche. La loi ASV définit ce droit comme une prise en compte des aidants, de leurs interventions, de leur fragilité et de leurs besoins. Il est également l'occasion de repérer des signes de vulnérabilité, d'apporter des conseils, d'accompagner, de permettre de souffler. Le droit au répit, renforcé par la loi ASV, est destiné aux aidants de personnes bénéficiaires de l'APA, dont la présence est indispensable et qui n'ont aucune solution de remplacement. Le montant maximum alloué est de 500 € par an, montant débloqué lorsque le plan d'aide APA est atteint⁶². Plusieurs types de structures peuvent offrir des solutions de répit comme les accueils de jour, les accueils de nuit, l'hébergement temporaire, ou encore des aides à domiciles⁶³.

B) Un soutien indispensable : les aidants proches

L'aidant peut être défini comme *« la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les*

⁶⁰ Légifrance. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [visité le 15.11.2016], disponible sur Internet <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte>

⁶¹ Larousse. [visité le 05.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repit/68396>

⁶² Vilarasau K., 2017, « Aidés et aidants, nous avons tous besoin de vacances », *Valeurs mutualistes*, n° 307, p. 6 à 13

⁶³ Larcher G. Rapport annexé à la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Volet 3 : accompagner l'autonomie. 2.1. Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie.

activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes⁶⁴ ».

L'aidant familial a, quant à lui, une définition inscrite dans l'article R245-7 du CASF, et doit être en filiation jusqu'au 4^{ème} degré avec la personne aidée ou son conjoint, et ne pas être rémunéré pour son aide.

Ces quelques chiffres⁶⁵ fournissent un aperçu de l'impact du rôle d'un aidant sur sa vie, mais aussi sur la société en général :

- ❖ 4 millions de personnes aident un proche de 60 ans ou plus, à domicile, dans les tâches de la vie quotidienne.
- ❖ 40% déclarent ne plus pouvoir partir en vacances à cause de leur rôle d'aidant.
- ❖ Age moyen : 59 ans.
- ❖ Pourcentage de femmes : 53%.
- ❖ 50% sont les enfants de la personne aidée, et un tiers le conjoint.
- ❖ 80% des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile sont aidées par leur entourage, et 60% pour les tâches de la vie quotidienne.
- ❖ En 2060, 32% de la population française sera âgée de 60 ans et plus.

L'aidant proche fait partie intégrante de l'accompagnement du processus de vieillissement, et plus précisément de la maladie d'Alzheimer (ou tout autre type de démence) du fait de la lourde dépendance qu'elle engendre. Pour des raisons économiques, personnelles ou représentationnelles, l'entourage proche est fortement impliqué dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ou handicapées. Un maintien à domicile qui est d'ailleurs largement encouragé par les politiques publiques depuis de nombreuses années (point 1.2.2) et souhaité par les personnes concernées. En 2012, un sondage montre que 90% des français préfèrent aménager leur domicile pour continuer à y vivre plutôt que de le quitter si leur état de santé devait se dégrader⁶⁶.

Par ailleurs, le sociologue Serge Guérin soutient que les aidants tiennent à bout de bras le système de santé français : si leur travail de l'ombre était assuré par des professionnels, cela représenterait un coût de 164 milliards d'Euros, soit le 1/3 du budget total de la Sécurité Sociale⁶⁷.

⁶⁴ CIAAF. 2011. « Manifeste du CIAAF pour la défense de l'aidant familial non professionnel », p. 2

⁶⁵ Vilarasau K. *op. cit.*

⁶⁶ Larcher G. Rapport annexé à la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Volet 2 : adaptation de la société au vieillissement. Chapitre 1.1 : faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux-vieillir [visité le 2.10.2016], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte>

⁶⁷ France 5. *Aider un proche jusqu'à l'épuisement*. Reportage « Enquête de Santé ». Diffusé le 3 novembre 2015.

L'aidant est parfois si fortement investi dans cette relation d'aide, que l'ensemble de sa vie est bouleversé, aussi bien sur le plan personnel, relationnel que social ou professionnel au point parfois d'atteindre l'épuisement. Un aidant a en moyenne une durée de vie inférieure de 10 ans au reste de la population, il arrive parfois même qu'il décède avant la personne aidée.

Avant tout, le rôle d'aidant est souvent lié au genre, à la génération et à la proximité.

Dans une grande majorité des cas, l'aidant naturel est le conjoint. Si l'aidé est veuf.ve, c'est le plus souvent la fille aînée qui endosse ce rôle. Et en règle générale, les femmes sont majoritairement dévolues à cette tâche. Lorsque la fratrie est nombreuse, la fonction d'aidant revient à un membre en fonction de la proximité géographique, des charges personnelles (petits ou grands enfants) et des responsabilités (en emploi ou non), sans compter que dans la fratrie, il existe de toute façon des retraits (prise de distance pour se protéger) ou des insuffisances (incapacité à assumer la tâche). Ceci étant, la désignation de l'aidant se fait souvent de manière implicite selon l'histoire de la famille⁶⁸. Quand l'aidant est un enfant, il appartient souvent à la « génération sandwich », cette génération de personnes qui, du fait de leur âge, doivent s'investir auprès de plusieurs générations à la fois : des enfants encore scolarisés, des petits enfants à garder, des parents à soutenir. Cette configuration est très lourde à gérer pour la personne concernée, car elle est au centre des besoins des uns et des autres.

Le statut aidant/aidé bouleverse les relations habituelles, renverse parfois les rôles et n'est pas sans conséquence. Les effets positifs de la situation sont une gratification personnelle, des affects positifs et une amélioration dans la qualité des relations.

En contrepartie, l'aidant souffre souvent de dépression due à la réduction des activités habituelles et à l'impact délétère de son rôle sur les autres sphères de la vie privée, professionnelle et sociale.

L'aidant est dans une position constante de réajustement de son aide. La maladie évoluant, s'aggravant, les stratégies qu'il a mises en place sont sans cesse requestionnées et mises à mal. Elles doivent à la fois s'ajuster aux symptômes comportementaux et à la non reconnaissance, ce qui rend le rôle de l'aidant extrêmement difficile et douloureux.

Paradoxalement, les aidants sont réputés pour ne pas faire facilement appel aux aides extérieures pour les soulager dans cette mission de soignant. Ce comportement est dicté par un sentiment de satisfactions secondaires trouvées dans ce rôle d'aidant. En effet, sur le plan clinique, certains aidants y trouvent enfin la possibilité de remplacer son parent du même sexe (le parentage), ce qui génère un sentiment de toute puissance, la réalisation d'un vieux fantasme. Le parentage peut être structurant sur le plan psychologique et

⁶⁸ Geneviève Coudin et Marie-Christine Gély-Nargeot, Maîtres de conférences

permettre d'occulter ses propres soucis. Sur le plan social, le rôle d'aidant apporte une nouvelle fonction, une reconnaissance, permet aussi de revaloriser la cellule familiale et son appartenance, cellule où l'on se doit, par excellence, l'assistance mutuelle.

Ces comportements ont pour conséquences l'appel tardif aux aides extérieures, quand la situation n'est plus gérable à domicile, quand les troubles anxieux ou dépressifs se sont installés. C'est pourquoi ces troubles sont plus présents chez les aidants que dans la population moyenne. A cela, il faut associer un sentiment d'isolement et de colère chez les aidants.

Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), « *les aidants présentent trois fois plus de dépression qu'une population témoin. Un des éléments principaux du fardeau est la présence de troubles du comportement chez le patient. Ces proches expriment le besoin de bénéficier d'un soutien structuré pour affronter les responsabilités lourdes et croissantes de la prise en charge. Ils ont souvent le sentiment d'être négligés par les médecins ou mal informés par les services d'aide*⁶⁹ ».

Des outils existent pour mesurer la gravité des conséquences pour les aidants de leur rôle d'accompagnement, comme l'échelle CRA⁷⁰ ou l'échelle du fardeau de Zarit⁷¹. L'existence de ces outils prouvent la réalité de cette souffrance et la nécessité de s'en inquiéter avant que les impacts consécutifs ne soient irréversibles.

C) Le droit au répit concerne également la personne aidée

« Cette journée est une bouffée d'oxygène, d'abord pour le patient, car c'est « sa journée », en dehors du domicile familial, ... », une aidante dont le mari est atteint de la MA⁷².

Le droit au répit est généralement abordé sous l'angle de l'aidant familial, mais du fait de l'investissement personnel et affectif de l'un et du fait de la dépendance de l'autre, la relation aidant/aidé est très imbriquée, voire fusionnelle. Ainsi, dans l'étude des dispositifs existants, il est difficile de faire une réelle distinction entre les bénéfices directs ou indirects retirés par l'un car ils ont de toute façon des répercussions sur l'autre.

La personne aidée retire du bénéfice direct d'un répit parfois nécessaire. A domicile, la personne est accompagnée par un proche peu ou pas formé, non sensibilisé à la maladie, fatigué, voire épuisé. Le répit représente l'opportunité de se soustraire aux maladroites,

⁶⁹ Plan régional stratégique de santé, issue du PRS Alsace 2012-2016

⁷⁰ Voir glossaire

⁷¹ Voir glossaire

⁷² Delcelier S., Foucault J.C., Gerome E., 2015, « L'accueil de jour pour personnes âgées, un dispositif au ralenti », *Module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Groupe n° 29*, p. 1

reproches, impatiences de l'aidant⁷³ et de rencontrer ou d'être pris en charge par des personnes bienveillantes leur apportant écoute, contact, valorisation et reconnaissance.

L'aidant moins fatigué grâce à un répit apportera une aide plus attentionnée et moins irritable et l'aidé sera moins soumis aux reproches et aux maladresses de son proche, voire échappera à sa maltraitance.

Les risques de maltraitance à domicile sont bien réels et développés par Bernard Duportet⁷⁴ : la maltraitance touche 6,5% de la population de 65 ans et plus, elle a lieu dans les institutions, quel que soit le niveau hiérarchique des acteurs, dans les familles, quelle que soit leur classe sociale.

M. B., un aidant familial épuisé, accompagne son épouse atteinte à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer. Il me confie : « *j'ai parfois des idées inavouables !* ». Mme B., accueillie dans un ADJ, m'avoue lors de ma visite dans cette structure : « *je suis bien ici, au moins mon mari ne m'engueule pas !* ».

En 2004, l'association française pour la bientraitance des aînés et/ou handicapés (AFBAH) lance une campagne de sensibilisation de lutte contre la maltraitance. Elle a pour crédo : « l'épuisement peut conduire à la maltraitance ».

Pour faire vivre le droit au répit et lui donner tout son sens, le maillage territorial des offres doit être satisfaisant. C'est pourquoi, je me suis questionnée, dans la 2^{ème} partie de ce mémoire, sur l'offre de répit existante sur le territoire d'intervention de la structure, afin, le cas échéant, de réfléchir à un développement de l'offre de la structure.

Ma démarche repose sur la loi HPST du 21 juillet 2009, loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi apporte des changements majeurs dans le secteur social et médico-social avec notamment la création des agences régionales de santé (ARS) et avec elle la définition des territoires de santé afin de permettre à tous l'accès aux soins⁷⁵. Je m'inscris ainsi complètement dans l'une des compétences attendues d'un directeur d'établissement, à savoir la « *participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques territoriales : identifier les dispositifs institutionnels et les acteurs du territoire*⁷⁶ ».

⁷³ Entretien avec Mme Audrey Meyer, docteur en psychologie, responsable depuis 2008 de l'Accueil de Jour et de l'Unité de Vie Protégée de l'Association Sarepta de Dorlisheim (67)

⁷⁴ Duportet B., *Alzheimer et Maltraitance*, 16 avril 2008, Hippocampes (Réseau de santé ville-hôpital, Essonne, Gérontologie, Maladie d'Alzheimer)

⁷⁵ Löchen V., *op. cit.*, p. 58

⁷⁶ MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Décret n° 2007-577 du 19 avril 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). Journal officiel, n°94 du 21 avril 2007, 7097

1.3 Présentation générale de la Résidence Marcel Krieg

1.3.1 Un public accueilli de plus en plus dépendant

L'Ehpad RMK a pour mission d'accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie ou atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou troubles apparentés). 108 résidents sont accompagnés au quotidien, dont 12 en unité de vie protégée (UVP⁷⁷).

Du fait du vieillissement de la population et des politiques de soutien du maintien à domicile, l'âge moyen d'entrée en institution est passée de 80 ans en moyenne il y a 25 ans, à 85 ans en 2013⁷⁸. Ce vieillissement de la population en Ehpad entraîne inévitablement une augmentation de la dépendance des personnes accueillies.

Les résidents de RMK sont en moyenne âgés de 84 ans et sont d'origine du Bas-Rhin pour la grande majorité. Nous accueillons 80% de femmes et 20% d'hommes⁷⁹.

Le taux d'occupation quant à lui est en légère augmentation avec 97.41% en 2014 et 98.34% en 2016. Le nombre de journées d'absence pour hospitalisation a également connu une évolution favorable avec 711 journées en 2014 et 667 en 2016 (baisse de 6.2%).

Le niveau de dépendance des résidents est mesuré à travers la grille Aggir. Chaque niveau de dépendance étant réparti en Gir 1 à 6, on peut en déduire un autre indicateur : le gir moyen pondéré (GMP). Cet indicateur permet de mesurer le niveau de dépendance global que l'Ehpad doit prendre en charge. RMK affiche un GMP de 735, validé en 2014 dans le cadre de la convention tripartite. Pour comparaison, notons que le GMP moyen des Ehpad privés non lucratifs est de 657 et des Ehpad publics de 709⁸⁰.

Au-delà du GMP, l'outil Pathos⁸¹ permet d'évaluer le niveau de prestations fourni par la structure pour assurer les soins médicotechniques par rapport aux pathologies des résidents. Le pathos moyen pondéré (PMP) de RMK est de 321. Le PMP moyen des Ehpad publics est quant à lui de l'ordre de 187.

Malgré ce niveau élevé de dépendance, je m'applique à assurer un parcours d'accompagnement personnalisé aux résidents de la structure, construit avec eux et leurs familles, en adaptant la prise en charge de la personne à ses attentes. Je suis particulièrement attentive, par exemple, à ce que le résident ressente le moins violemment possible de rupture avec son domicile, en lui permettant d'apporter ses meubles, d'accrocher ses tableaux ou photos préférés. Pour moi, l'Ehpad doit rester avant tout un lieu de vie, c'est-à-dire un lieu qui représente la continuité avec le domicile, un lieu

⁷⁷ Voir glossaire

⁷⁸ KPMG, 2014, Observatoire des Ehpad, p. 17

⁷⁹ Résidence Marcel Krieg, Rapport d'activités, compte administratif, exercice 2017, p. 7

⁸⁰ KPMG, *op. cit.*, p. 17

⁸¹ Voir glossaire

où continue la vie. Une résidente, lors de son admission, a apporté son piano de son domicile, piano qui a été installé dans le hall d'entrée. Quand ses capacités le lui permettaient encore, Mme V. jouait régulièrement de cet instrument. Aujourd'hui, c'est sa fille qui s'y installe encore parfois et fait résonner quelques notes pour le plus grand plaisir des résidents et du personnel. Toutes ces attentes et ces attentions sont consignées dans le projet de vie de la personne. La démarche de ce projet d'accompagnement, qui démarre dès la préadmission, respecte les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm⁸² ⁸³. Elle se décompose en plusieurs phases : le recueil des attentes du résident, l'évaluation de ses besoins et l'analyse des réponses que RMK peut offrir, la définition des objectifs et des modalités d'accompagnement, les échanges réguliers entre les professionnels, l'évaluation instituée annuellement du projet de vie ou l'évaluation intermédiaire lors d'évènements nécessitant sa révision. Les groupes de travail sont pilotés par la psychologue et l'ergothérapeute qui sont garants du respect du calendrier et la pertinence de l'accompagnement proposé par les équipes pluridisciplinaires.

1.3.2 Une actualité sectorielle abondante et préoccupante

L'actualité autour des Ehpad est, au cours de ce 3^{ème} trimestre 2017, très prolixe et affiche une image négative des structures accompagnant les personnes âgées dépendantes. Le point de départ est la grève de 117 jours d'une partie des employés de l'Ehpad « Les Opalines » à Foucherans dans le Jura, dénonçant les conditions de travail des équipes d'aides-soignants.es et les conditions d'accompagnement des résidents. S'en suivent de nombreux articles dans la presse⁸⁴, le rapport « Flash » Ehpad 2017 présenté par la députée Monique Iborra à l'Assemblée Nationale en septembre et de nombreux reportages.

Ce déferlement d'informations peut largement nuire à la réputation de nos établissements passant de la « Maison de retraite – mouvoir » à « l'Ehpad – profit financier », aussi bien auprès des salariés, qu'auprès des personnes accueillies et de leurs familles.

La motivation est un élément déterminant du management, et je m'attèle au quotidien à la favoriser à travers notamment l'écoute, la disponibilité, des gestes et des mots simples, reconnaissants et encourageants. Cette attitude me permet de valoriser les

⁸² Anesm. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en Ehpad (Volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement.* 2010. p. 45

⁸³ L'Anesm rejoint l'HAS en avril 2018 et devient DiQASM (direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social)

⁸⁴ Le Monde : « *Les députés s'alarment des conditions de travail dans les maisons de retraite* », sept. 2017

Est Républicain : « *Maison de retraite, état des lieux : les Ehpad sont en souffrance* », sept. 2017

Directions : « *Mission Flash Ehpad : le consensus est général, sur les constats comme sur les solutions* », sept. 2017

professionnels, de les soutenir dans leurs missions d'accompagnement afin qu'ils conservent tout le sens de leur investissement.

1.3.3 Des ressources humaines pluridisciplinaires

Au-delà de leur valeur budgétaire⁸⁵, les ressources humaines sont la valeur clé dans un Ehpad. C'est sur une équipe aux compétences professionnelles et relationnelles avérées et investie au plus près des résidents, malgré des conditions de travail difficiles, que je vais pouvoir compter pour assurer la qualité d'accompagnement du résident.

Accompagner au quotidien un résident revêt de multiples facettes assurées par des professionnels qui vont, en réunissant leur savoir-faire, donner vie au projet personnalisé. On peut distinguer 5 grands pôles d'activités : les soins, l'hôtellerie, la vie sociale, la maintenance, l'administration (annexe 3).

Pour mener tout projet ponctuel ou pour gérer au long cours une structure, une question cruciale est de savoir de quelles ressources on dispose, et les ressources humaines en font partie. C'est pourquoi j'accorde une importance particulière au suivi de l'ancienneté, de l'âge, des qualifications et de l'absentéisme des salariés.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) que j'ai mise en place au sein de RMK me permet de dégager ces informations et de mettre en exergue les compétences existantes. Les professionnels soignants œuvrant au plus près des résidents sont tous diplômés dans leur spécialité (IDE, AS). Les aides-soignants.es sont titulaires d'un diplôme d'aide-soignante, ou d'aide médico-psychologique (2) et d'aide-soignante en gérontologie (3) ou encore peuvent être des élèves-infirmiers.ières pour un remplacement ponctuel.

Le taux d'encadrement (ou ratio) est de 0.69 (annexe 4) pour RMK ce qui est supérieur à la moyenne nationale de 0.59⁸⁶. Mais ceci n'annule en rien la pénibilité du travail et le défaut d'agents en nombre suffisant pour offrir un accompagnement de qualité aux personnes accueillies.

Ma vision de la fonction de directrice n'est pas celle d'un travail solitaire ou de l'élaboration isolée de stratégies, bien au contraire. Je m'inscris pleinement dans un travail de concertation avec les personnes les plus proches des problématiques concrètes de notre métier. Ainsi, les instances citées ci-après sont pour moi des partenaires d'un soutien précieux, elles doivent être l'occasion de partager l'information et les expériences, d'écouter les difficultés mais aussi de se saisir des solutions proposées, et de prendre des

⁸⁵ Les charges afférentes au personnel représentent en moyenne 70% des charges d'une structure

⁸⁶ KPMG, *Observatoire des Ehpad*, 2014, p. 57.

décisions concertées et partagées. Ainsi, toutes les formes d'expression du personnel sont garanties dans l'établissement grâce aux instances mises en place : le CTE, le CHSCT et les DP (voir glossaire). Au sein de l'Ehpad, je suis garante d'un dialogue social facilité et fertile, du bon déroulement qualitatif et quantitatif des rencontres avec ces instances. Ainsi je m'attache à programmer de manière anticipée ces rendez-vous, d'envoyer les invitations assorties d'un ordre du jour aux personnes concernées tout en les invitant à me faire connaître les points supplémentaires qu'elles souhaitent aborder.

En conclusion de cette première partie, le contexte peut être résumé par une situation générale englobant un vieillissement croissant de la population, souvent accompagné d'une perte d'autonomie nécessitant le soutien d'un aidant proche pour un maintien à domicile largement souhaité par les personnes concernées et soutenu par les politiques publiques. Face à cela, ma position de directrice de RMK m'amène à me questionner sur les structures existantes sur le territoire pour m'assurer que l'offre est optimale et répond aux attentes de la population et des politiques sociales ou pour me saisir de nouvelles opportunités pour combler une éventuelle lacune et remplir mes missions de responsable de structure.

2 Une offre de répit insuffisante sur la ZP d'Obernai-Sélestat

2.1 Des dispositifs participant au « bien vieillir »

De nombreux dispositifs peuvent répondre au besoin de répit permettant un vieillissement facilité à domicile. Mais ils ne semblent pas toujours disponibles sur la ZP d'Obernai-Sélestat pour satisfaire les attentes des personnes concernées et de leurs aidants. Certains de ces dispositifs interviennent à domicile, d'autres hors du domicile et jouent un rôle essentiel auprès des personnes âgées en les aidant à continuer à vivre chez eux et à bien vieillir.

2.1.1 Le « bien vieillir » passe par un changement de regard

L'OMS considère que bien vieillir est une priorité mondiale et qu'il est temps d'agir contre l'âgisme⁸⁷. Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé publié en 2016, permet à l'OMS d'affirmer que trop de préjugés négatifs entourent encore aujourd'hui les personnes âgées, ce qui représente un frein à la construction de politiques publiques efficaces.

« Les attitudes négatives et les stéréotypes à l'égard des personnes plus âgées, considérées comme fragiles, coupées des réalités, dépendantes ou représentant un fardeau, sont omniprésents⁸⁸. »

Cette attitude négative et péjorative basée sur l'âge d'une personne ou d'un groupe d'individus, est appelé « âgisme ». L'OMS souhaite changer le regard sur le vieillissement pour ne plus considérer nos aînés comme une charge mais au contraire les voir comme des richesses humaines ou économiques.

L'âgisme agit négativement sur le déploiement des politiques sociales, mais également sur la santé de la personne âgée qui a tendance à intérioriser ce concept pour en faire ses propres stéréotypes. L'OMS avance les résultats d'une étude réalisée aux Etats-Unis qui affirme que les personnes ayant une vision positive du vieillissement, se rétablissent plus vite après une incapacité et vivent en moyenne 7.5 années de plus que les personnes qui, au contraire, entretiennent un rapport négatif et délétère avec l'avancée en âge. Il est donc clairement démontré que la lutte contre l'âgisme peut contribuer à améliorer la santé des personnes âgées.

A mon niveau, je dois rester attentive à cette notion d'âgisme qui peut atteindre tout soignant, professionnel ou bénévole intervenant à RMK et faire baisser la qualité de

⁸⁷ OMS. Personnes âgées : il est temps d'engager une campagne mondiale pour lutter contre l'âgisme. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/10/16-184960/fr/>

⁸⁸ OMS. Bien vieillir : une priorité mondiale. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.who.int/fr/news-room/detail/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>

l'accompagnement des résidents, voire conduire à de la maltraitance. Jusqu'à présent, je n'ai constaté aucune manifestation de ce type mais suis prête à organiser des sessions de sensibilisation par groupes de travail, groupe de retour d'expérience ou formation. Par ailleurs, je peux également apporter ma contribution à la lutte contre l'âgisme par la création d'une nouvelle offre d'accompagnement soutenant, par des approches différentes, le bien-vieillir.

Devant la croissance du nombre de personnes concernées par le grand âge et la gravité de certaines situations, l'investissement des gouvernements français successifs est également de plus en plus fort en faveur du « bien vieillir ».

Bien vieillir, ou le vieillissement réussi, peut se résumer par le fait de conserver, malgré les pathologies liées à l'âge, ses capacités physiques, intellectuelles et sociales⁸⁹. Le bien vieillir est à la fois de la responsabilité des politiques de santé publique (mise en place d'une prévention primaire, secondaire ou tertiaire) et de la responsabilité de chacun par le fait de prendre soin de soi, de son corps, de son esprit, de suivre certaines règles d'hygiène... Ce concept du « vieillissement réussi » est apparu en 1987 grâce à deux chercheurs américains en gérontologie (J. W. Rowe et R. L. Kahne) qui souhaitaient contrebalancer l'idée que les personnes âgées sont systématiquement des individus fragiles, vulnérables et dépendants. Ainsi sont nées trois catégories de vieillissement : pathologique, habituel ou réussi⁹⁰.

La notion du bien vieillir est un concept qui permet de bousculer positivement les idées reçues et très largement péjoratives sur le vieillissement. Ainsi, je décide de m'intéresser à l'offre de répit disponible sur la ZP d'Obernai-Sélestat, qui pourrait apporter une réponse au besoin de bien-vieillir par le soulagement et le bien-être procuré.

2.1.2 Les différentes offres de répit existantes

Un descriptif précis de chacune de ces offres est disponible dans le glossaire.

A) SSIAD, SAAD et ESA : une couverture suffisante

L'ensemble des SSIAD et SAAD présents sur la ZP d'Obernai-Sélestat offrent 176 places (annexe 5), soit un taux d'équipement⁹¹ de 14.5 places (contre 15.6 pour le Bas-Rhin)⁹².

Une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) existe sur Sélestat, et une deuxième au sein du SSIAD de l'Hôpital de Molsheim qui peut intervenir sur le nord de la ZP d'Obernai-

⁸⁹ Crignon-De Oliveria C., 2010, « Qu'est-ce que « bien vieillir » ? Médecine de soi et prévention du vieillissement », *Les Cahier du Centre Georges Canguilhem*, n° 4, p. 178

⁹⁰ Voir glossaire

⁹¹ Voir glossaire

⁹² MAIA. Diagnostic MAIA. Table tactile du 5 octobre 2016, p. 15

Sélestat. Je constate que ces trois services offrent une couverture suffisante du territoire, je reste néanmoins vigilante sur l'évolution de leurs capacités d'accueil au regard de l'évolution du vieillissement de la population du secteur.

B) SPASAD et baluchonnage : les absents du secteur

A l'heure actuelle, aucune offre de SPASAD n'existe sur la zone. Deux projets ont néanmoins été retenus suite à un appel à projet de l'ARS : ceux de l'hôpital de Molsheim (annexe 1) et de l'Abrapa de Sélestat (Association Bas-Rhinoise d'aide et de service à la personne âgée).

Le baluchonnage (ou relayage) est également un dispositif inexistant sur le secteur. Pourtant une dizaine d'associations offrent ce type de service en France et l'article 29 du projet de loi pour un Etat au service d'une société de confiance prévoit l'expérimentation de ce relais de l'aidant à domicile⁹³. Une piste de réflexion peut se dessiner ici : le développement d'une offre de relayage à développer au sein de RMK.

C) Un taux d'équipement en accueil de jour le plus faible de la région

La ZP d'Obernai-Sélestat dispose actuellement de 12 places d'accueil de jour à Marckolsheim (depuis avril 2016) et 10 places à Benfeld (annexe 5). Ces 22 places représentent un taux d'équipement largement insuffisant de 1.8 contre 3.3 pour le département du Bas-Rhin. Ainsi, 83.6% de la population des 75 ans et plus vivent dans une zone de faible densité d'offre (contre un taux de 25% sur l'Alsace)⁹⁴. Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), intégré au Projet Régional de Santé Alsace 2012-2016 (PRS), précise pourtant dans son objectif spécifique 3.2 que : « *Au niveau régional, les aidants doivent disposer d'un maillage territorial d'accueil de jour accessible* ».

Selon le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie 2014-2018 (PRIAC), champ personnes âgées, le taux d'équipement de la ZP d'Obernai-Sélestat en places d'accueil de jour est le plus faible de la région. C'est pourquoi ses propositions de programmation 2014-2018 incluent la création de 12 places d'accueil de jour dans ce secteur⁹⁵ (annexe 6).

En effet, les personnes âgées de ce territoire, souhaitant intégrer un accueil de jour, doivent se rendre à Dorlisheim, à Benfeld ou à Marckolsheim (annexe 1). Cela représente des déplacements coûteux (pouvant atteindre 80 € l'aller-retour de 40 km) et d'une durée

⁹³ Murignieux R. Répét des aidants : le baluchonnage en question. [visité le 10.07.2018], disponible sur Internet : <http://www.agevillage.com/actualite-16046-1-Repit-des-aidants-le-baluchonnage-en-questions.html>

⁹⁴ ORS Alsace. Portrait Sanitaire et Social. Zone de Proximité Obernai-Sélestat. Juillet 2013, p. 4

⁹⁵ ARS. Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2014-2018. Champs personnes âgées, p. 10

allant jusqu'à 30 minutes (pour un aller), ce qui représente un délai trop important pour une personne en perte de repères, et des risques élevés d'angoisse et de refus. Un trajet d'une heure est également difficile à assurer par les proches du fait de leur fatigabilité ou de leurs propres engagements familiaux ou professionnels.

J'examine cette absence de réponse au besoin de répit comme indicateur sérieux de l'évolution de l'offre de service sur le territoire, et par la même occasion, du développement de la structure que je dirige.

D) Les autres accueils temporaires

Aucune structure du secteur ne propose de possibilité d'accueil de nuit. L'ARS souhaite pourtant que les professionnels du secteur mènent une réflexion sur ce type d'offre⁹⁶ (annexe 7). Cette absence d'offre et l'appel de l'ARS aux professionnels m'interrogent également sur le positionnement que je dois tenir.

La zone dispose de 19 lits d'hébergement temporaire en structure (taux d'équipement de 1.6 places, contre 2 dans le Bas-Rhin). L'Ehpad Stoltz Grimm d'Andlau concentre la majorité de l'hébergement temporaire dans son établissement avec une offre de 10 places depuis janvier 2018. Par ailleurs, 7 familles d'accueil⁹⁷ sont agréées et offrent 11 places d'accueil pour personnes âgées ou personnes handicapées.

E) Les plateformes d'accompagnement et de répit manquent d'appui

La plateforme de répit et d'accompagnement Rivage de Sélestat est gérée par Apamad (Association pour l'accompagnement et le maintien à domicile) et est le seul dispositif à offrir ce type de prestations de soutien aux aidants sur la ZP d'Obernai-Sélestat. Néanmoins, Rivage a besoin de s'appuyer sur une structure existant sur un territoire, de bénéficier de ses locaux afin de proposer un lieu de rencontre ou de formation aux aidants. Rivage ne peut s'appuyer sur aucune structure du Pays de Barr et du Bernstein et n'offre aucune de ses prestations sur le secteur. Mais cette situation peut évoluer favorablement si je décide d'ouvrir RMK à ce partenariat.

F) Une coordination nécessaire face à ces nombreux dispositifs

Les personnes peu initiées peuvent facilement s'égarer dans ce dédale de dispositifs. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont décidé de mettre en œuvre, au plus proche des personnes, un maillage de soutien. Ce maillage est présent sur la ZP d'Obernai-Sélestat, avec lequel je m'applique à entretenir une relation partenariale soutenue.

⁹⁶ ARS. Projet régional de santé. 2012-2016, p. 35

⁹⁷ Voir glossaire

- ❖ La MAIA : il existe un service par zone de proximité. Aujourd'hui, 98% du territoire national est couvert par 352 Maia⁹⁸.
- ❖ Le Réseau d'Appui aux Médecins Généralistes : le RAG de Sélestat et celui de Molsheim assurent la couverture de la ZP d'Obernai-Sélestat.
- ❖ L'Espace d'Accueil Séniors : il existe 4 ESPAS dans le Bas-Rhin (Sélestat, Saverne, Haguenau et l'Eurométropole de Strasbourg).

2.1.3 Le défaut de dispositifs de soutien confirmé par l'investigation de terrain

J'ai mené en 2016 un travail d'investigation sur le Pays de Barr et du Bernstein, auprès d'aidants proches ou professionnels, de bénévoles et de médecins du tour de garde de Barr et environs afin de mettre en corrélation mes constats empiriques et la réalité du terrain.

A) Les aidants proches expriment leur besoin de répit

Je me suis rendue auprès de cinq aidants proches, à leur domicile, pour mener des entretiens. A chaque rencontre, le besoin de se confier, l'émotion et le sentiment de culpabilité étaient palpables. Les entretiens, très ouverts, ont duré entre 1h15 et 2h00, et ont été guidés par une trame prédéfinie (annexe 8).

Les histoires de vie sont très différentes les unes des autres, mais le répit reste un besoin fondamental et commun à tous. Chaque aidant a exprimé ce souhait de pouvoir se reposer, souffler, s'occuper de soi ou aller travailler, dans un climat de sécurité et d'apaisement dans la certitude rassurante que la personne aidée est prise en charge de façon adaptée et épanouissante (annexe 9). Deux aidants proches ont avoué ressentir parfois des moments d'énervement et d'agressivité vis-à-vis de la personne aidée.

B) Les aidants professionnels et bénévoles constatent leur insuffisance

J'ai également contacté 41 personnes intervenant auprès de personnes âgées dépendantes. La majorité de ces personnes sont des médecins généralistes car ce sont les professionnels les plus proches du patient et les prescripteurs de service ou d'aide. Les autres professionnels sont des infirmiers.ières libéraux.ales, des bénévoles, responsables d'association, psychologues. Pour ce faire, j'ai eu recours soit à un questionnaire (annexe 10), soit à un entretien. Ainsi, j'ai pu mener 16 entretiens face à face et 7 entretiens téléphoniques, 7 personnes ont répondu au questionnaire (sur un total de 35 envoyés ou remis).

J'ai pu retirer de cette investigation que les aidants professionnels ou bénévoles reconnaissent que leur intervention sur le secteur n'est pas suffisante soit par manque de

⁹⁸ CNSA. MAIA. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

temps, soit par défaut de connaissance des dispositifs ou simplement par absence de dispositifs existants sur le secteur. Les médecins traitants déplorent la carence de structures d'accueil de proximité offrant un vrai répit à l'aidant proche. En 2014, le Dr Ulrich, médecin coordonnateur de l'Ehpad RMK, dénombre, auprès de 22 médecins du tour de garde de Barr et environs, un potentiel de 45 personnes atteintes de démences et susceptibles d'intégrer un accueil de jour.

Le résultat de l'analyse des réponses obtenues auprès des professionnels et auprès des aidants est similaire, à savoir le besoin de répit.

C) Le nécessaire développement de solutions de répit

Au vu de tous les éléments recueillis, il m'apparaît essentiel d'agir pour le développement de solutions de répit sur le pays de Barr et du Bernstein afin de combler le hiatus existant entre les besoins et l'offre.

A ce stade de ma réflexion, l'idée de créer un ADJ me paraît opportune car elle apporte plusieurs types de réponses possibles :

❖ Une réponse au public concerné

C'est-à-dire aux couples aidant/aidé, à leur besoin de répit leur permettant d'alléger et prolonger la lourde expérience du maintien à domicile, et à leurs besoins d'information et de soutien.

❖ Une réponse aux politiques publiques

Les orientations politiques se développent dans le souci du maintien à domicile, notamment par des approches non médicamenteuses de la maladie, et dans la perspective d'une offre équitable sur tout le territoire.

❖ Une réponse sociétale

Une des responsabilités sociétales de RMK est de prendre en compte le problème de santé publique qu'est le vieillissement. En apportant une approche préventive de la perte d'autonomie, l'ADJ va permettre de réduire les coûts liés aux soins supportés par la société. Plus une personne âgée est dépendante, plus elle coûte cher à la sécurité sociale : 2 600 € par an pour une personne robuste, 3 500 € pour une personne « pré-fragile » et 4 400 € pour une personne fragile (fragilité établie selon le questionnaire construit par le Gérontopôle de Toulouse)⁹⁹.

❖ Une réponse à l'établissement

L'objectif est ici d'améliorer et de diversifier l'offre de RMK, d'apporter une réponse institutionnelle aux besoins des seniors, de tisser un réseau de partenaires capables de venir en soutien aux actions menées, d'accompagner progressivement les bénéficiaires vers la solution de l'entrée en institution quand elle est nécessaire, avec le double intérêt

⁹⁹ Piraud-Rouet C., 2018, « Prévenir la spirale de la perte d'autonomie », *Directions*, n° 165, p. 14

pour les personnes et pour les équipes de la continuité du projet d'accompagnement / projet de vie.

Mais avant de prendre la décision définitive de créer un ADJ, je dois m'interroger, en interne, à la fois sur les ressources dont je dispose au sein de RMK et sur les lacunes de la structure, et en externe, à la fois sur les opportunités et les freins que je risque de rencontrer dans la conduite de ce projet.

2.2 Les leviers internes et externes

La conduite de tout projet place les acteurs face à des incertitudes plus ou moins complexes. C'est pourquoi je porte un soin particulier à la préparation du travail qui ne doit laisser place au hasard et prévoir, au sein d'un diagnostic interne et externe le plus exhaustif possible, les freins et les leviers à l'aboutissement et à la pérennisation de ce projet de création d'un accueil de jour.

2.2.1 Les forces de la Résidence Marcel Krieg sont multiples

A) Une position géographique favorable et une place d'acteur principal

Sur le plan géographique, l'Ehpad RMK bénéficie d'une situation attractive dans la ville de Barr, dans le Piémont des Vosges, zone de 400 km² pour plus de 53 000 habitants répartis dans 35 communes. Les trois principales communes du Piémont des Vosges sont Rosheim, Obernai et Barr. La ville de Barr est une commune de 7 000 habitants située à 35 km de Strasbourg et de Colmar. La maison de retraite occupe une situation privilégiée, au centre-ville, elle est à proximité des commerces et services. Ce territoire dénombre une population globale de 23 502 personnes en 2012¹⁰⁰ et 2 232 personnes de plus de 75 ans en 2013¹⁰¹. Selon l'enquête « EHPA 2015 » menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et dont les résultats ont été publiés en juillet 2017, 10% des personnes de 75 ans et plus fréquentent un établissement pour personnes âgées¹⁰². Si l'on applique ce taux aux 2 232 personnes de 75 ans et plus du secteur, le besoin en hébergement serait de 223 places. L'offre d'hébergement permanent est largement suffisante avec près de 400 places.

¹⁰⁰ Adira. « Chiffres clé de la communauté de communes de Barr-Bernstein ». 2015, p. 2

¹⁰¹ Insee. Évolution et structure de la population en 2013. Intercommunalité-Métropole de CC Barr-Bernstein, paru le 30.06.2016. [visité le 12.11.2016], disponible sur Internet : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020130?sommaire=2106142&geo=EPCI-200034270#POP_T0

¹⁰² Muller M., DREES, 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, numéro 1015, p. 1

**Tableau n° 1 : Offre de places d'hébergement permanent en Ehpad
dans le Pays de Barr et du Bernstein, 2015**

Ville	Nom des structures	Statut	Capacité
Andlau	Stoltz Grimm	Fonction publique	88 dont 14 en UVP
Barr	Salem	Privé non lucratif	65
Barr	Marcel Krieg	Fonction publique	108 dont 12 en UVP
Epfig	Maison de retraite	Fonction publique	38
Saint Pierre	Les missions africaines	Privé non lucratif	48
Dambach-la-Ville	Maison de retraite	Fonction publique	52
Total			399 places

Source : Christine Steible, Cafdes Estes, Promotion 2016-2018

Mais les besoins et les souhaits des personnes âgées évoluent, et l'hébergement en Ehpad n'est plus la seule réponse à offrir.

B) Des professionnels expérimentés

L'ancienneté des employés dans une structure représente un coût du fait des salaires qui augmentent la masse salariale au fur et à mesure des années (ce phénomène est appelé « glissement vieillesse technicité »). Elle est cependant un gage d'expérience et d'expertise du fait de leur connaissance approfondie de l'Ehpad, de son fonctionnement et du public accueilli.

Concernant RMK, l'ancienneté moyenne par catégories professionnelles est élevée :

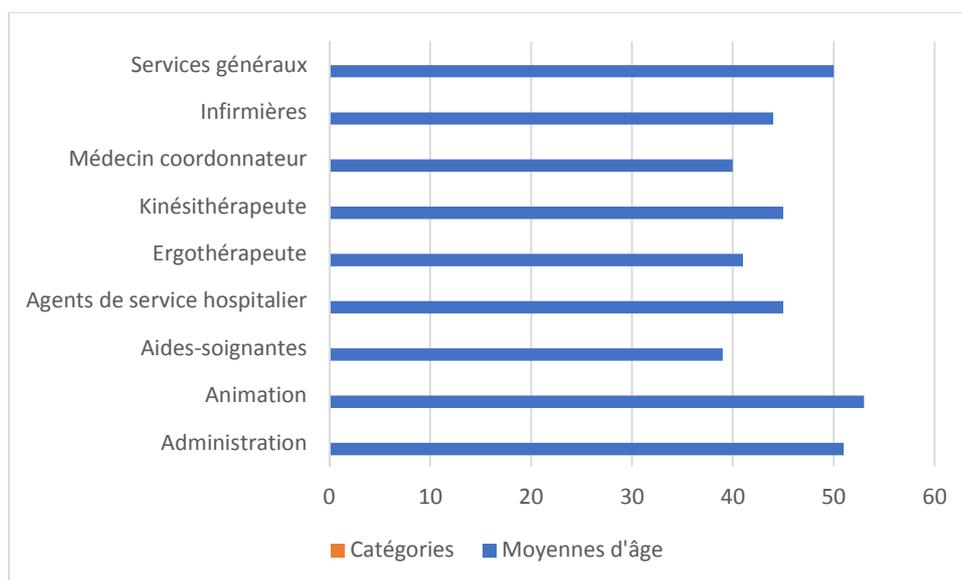
- ❖ Cadre de santé : 20 ans (d'abord 8 années dans une fonction d'IDE, puis 12 ans en tant que cadre).
- ❖ Médecin coordonnateur : 10 ans.
- ❖ Secrétariat et ressources humaines : 28 ans en moyenne.
- ❖ Equipe IDE : 10 ans en moyenne.
- ❖ Equipe d'AS : moyenne de 11 années.
- ❖ Equipe d'ASH : 8 ans en moyenne ; l'ancienneté est moins importante dans cette catégorie du fait du recours régulier aux contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) d'une durée maximale de 24 mois.
- ❖ Equipe de maintenance : 12 ans.

- ❖ Equipe de cuisine : 19 ans.
- ❖ Equipe d'animation : 17 ans.

Sur le plan de l'âge des salariés, le graphique ci-dessous montre des moyennes d'âge allant de 40 à 55 ans. Je considère que cette moyenne d'âge est une force pour l'établissement car :

- ❖ Les enfants des employés sont adolescents ou pré-adolescents et moins sujets aux maladies infantiles, j'enregistre ainsi peu d'absence pour enfant malade.
- ❖ Je n'ai pas à compenser une vague massive de départs à la retraite.

Schéma n° 1 : moyennes d'âges des salariés de RMK par fonctions, 2015



Source : Christine Steible, Cafdes Estes, Promotion 2016-2018 (selon les données recueillies auprès du service Ressources Humaines).

C) Une culture déjà ancrée dans un réseau de partenaires professionnels étendu
 RMK dispose déjà d'un important réseau de partenaires, signe d'une volonté d'ouverture vers l'extérieur et d'une capacité de coopération de longue date. Je vais m'appuyer sur cette dynamique, cette culture du partenariat déjà en place pour développer de nouvelles coopérations plus spécifiques à l'ADJ. Je pense particulièrement à tous les professionnels libéraux, mais aussi aux services de soins à domicile comme le SSIAD Croix-Rouge de Gertwiller, aux associations A.Demain de Barr et PA Services de Stotzheim. La plateforme de répit Rivage de Sélestat devra également être un partenaire de choix dans le développement et la pérennité de l'offre de service.

D) Une situation financière équilibrée

Selon l'évaluation externe de 2014, les objectifs inscrits au projet d'établissement de RMK sont réalisables avec les ressources humaines, financières et matérielles dont dispose la structure. Le financement d'un Ehpad se fait selon 3 sources différentes :

- ❖ La section hébergement correspond à la participation directe du résident à travers son prix de journée.
- ❖ La section dépendance est prise en charge par le CD 67.
- ❖ La section soins est financée par l'ARS.

Le compte administratif est découpé en deux sections : la section investissement et la section exploitation. Les données suivantes résultent du compte administratif 2015 :

Tableau n° 2 : Section d'investissement du compte administratif RMK 2015 (en euros)

Recettes d'investissement ¹⁰³	582 478
Dépenses d'investissement	330 632
Résultat d'investissement de l'année	251 846
Report n-1	611 611
Résultat investissement cumulé 2015	863 458

Source : Résidence Marcel Krieg, Rapport d'activité, Compte administratif, 2015, p. 9

L'excédent constaté a été utilisé, pour partie, en 2016 pour :

- Poursuivre les mises aux normes de sécurité (appel malades, système de détection incendie, handicap).
- Renouveler du matériel : lits médicaux, mobilier, matériel d'animation, bureautique, informatique...

Tableau n° 3 : Produits d'exploitation RMK de 2015 (en euros)

	Budget accordé 2016				Réalisé 2016			
	Héb.	Dép.	Soins	Total	Héb.	Dép.	Soins	Total
Total Gr I	2 051 640	727 302	2 186 573	4 965 515	2 090 765	720 514	2 186 573	4 997 852
Total Gr II	107 600	7 000	60 747	175 347	116 030	7 334	67 134	190 497
Total Gr III	2 464	0	2 587	5 051	2 464	0	2 587	5 051
Total	2 161 704	734 302	2 249 907	5 145 913	2 209 259	727 848	2 256 294	5 193 401

Source : Résidence Marcel Krieg, Rapport d'activité, Compte administratif, 2015, p. 10

Gr I : groupe I, produits de la tarification

Gr II : groupe II, autres produits d'exploitation

Gr III : groupe III, autres produits

¹⁰³ Voir glossaire

Tableau n° 4 : Charges d'exploitation RMK de 2015 (en euros)

	Budget accordé 2016				Réalisé 2016			
	Héb.	Dép.	Soins	Total	Héb.	Dép.	Soins	Total
Total Gr I	455 025	75 383	246 387	776 795	451 506	65 278	243 350	760 134
Total Gr II	1 223 384	585 863	1 800 570	3 609 817	1 193 165	603 583	1 812 641	3 609 388
Total Gr III	563 709	48 607	202 950	815 266	505 291	47 663	224 120	777 074
Total	2 242 118	709 853	2 249 907	5 201 878	2 149 962	716 524	2 280 111	5 146 596

Source : Résidence Marcel Krieg, Rapport d'activité, Compte administratif, 2015, p. 10

Gr I : groupe I, dépenses afférentes à l'exploitation

Gr II : groupe II, dépenses afférentes au personnel

Gr III : groupe III, dépenses afférentes à la structure

Concernant la section exploitation, les produits de 2015 s'élèvent à 5 193 401 €, les charges s'élèvent à 5 146 596 €, soit un excédent d'exploitation de 46 805 €.

Le diagnostic financier de RMK est très positif avec une capacité d'investissement de plus de 800 000 € et un excédent d'exploitations de plus de 46 000 € pour 2015. Je dois maintenir mes efforts de maîtrise des coûts et réaliser d'autres économies notamment par la mutualisation des achats et des formations. Néanmoins, je considère que cette situation financière est un atout puissant pour tout projet futur car elle m'apporte la possibilité d'un financement autonome des futurs investissements, ou un témoignage de bonne gestion et un atout majeur vis-à-vis des financeurs (autorités de tarification, banques) ou du conseil d'administration.

E) La confiance historique des habitants

Sans avoir mené d'étude de popularité, je peux dire que RMK bénéficie de la confiance d'une majorité de personnes habitant Barr et les environs. Cette confiance provient de sa position d'ancien hôpital local de la ville où nombre d'habitants ont vécu des événements marquants : petite chirurgie, naissance, accouchement. Pour exemple, certains agents travaillant actuellement chez RMK, sont nés dans ses murs. La confiance étant la base de toute relation, elle est profitable au projet d'accueil de jour car permet aux personnes de prendre leur décision d'accueil avec moins de réticence que pour une structure nouvellement arrivée, ayant moins d'histoire et d'ancrage sur le territoire. A nous, professionnels, d'offrir l'accompagnement de qualité attendu afin de générer de la satisfaction, digne de confiance, qui reprend, de par son étymologie, le fait de confier à quelqu'un une chose précieuse, « *en s'abandonnant à sa bienveillance et à sa bonne foi*¹⁰⁴ ».

¹⁰⁴ Wikipédia. Confiance. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Confiance>

F) L'expérience de la qualité dans l'accompagnement

La qualité occupe une place centrale dans le secteur social et médico-social depuis quelques années de par plusieurs mutations¹⁰⁵ :

- ❖ L'exigence croissante des personnes accueillies et leurs familles.
- ❖ Les injonctions des autorités de tarification (contrôle par les évaluations internes et externes, preuve de l'utilité publique).
- ❖ L'arrivée de la concurrence du secteur privé lucratif.

Elle est partie intégrante des missions des directeurs d'établissement qui « *créent et sont garants des conditions d'un accompagnement des usagers individualisé, de qualité et respectant leur consentement libre et éclairé. Ils facilitent l'expression et la satisfaction des besoins et des attentes des usagers et favorisent l'accès à leurs droits et à l'exercice effectif de leur citoyenneté*¹⁰⁶ ».

Ma vision de la qualité passe avant tout par la satisfaction et la sécurité à la fois des résidents, des familles, des bénévoles, des salariés et par la sécurité des soins. Pour m'assurer de son effectivité, je m'appuie sur les quelques démarches et outils suivants :

- ❖ La charte des droits et libertés de la personne accueillie, qui tient lieu de guide de bientraitance pour les professionnels, offre une ligne de conduite et permet d'éventuels recadrage.
- ❖ Le conseil de la vie sociale (CVS), la commission des menus, la réunion annuelle des familles, les enquêtes de satisfaction, la déclaration d'évènement indésirable, le droit au recours¹⁰⁷, pour assurer l'expression et la participation du résident et de sa famille à la vie de l'établissement.
- ❖ La participation du résident à son projet de vie est un gage de qualité car sous-entend son consentement et l'expression active, quand cela est possible, de ses attentes, ses goûts, ses besoins. Ces conditions sont primordiales pour la satisfaction de la personne et la pertinence de son projet d'accompagnement.
- ❖ Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat individuel de prise en charge (DIPC), le projet d'établissement, l'accès au dossier.
- ❖ Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), les protocoles de soins, la formation des équipes (à la manutention, l'hygiène...).

¹⁰⁵ Lefèvre P., *op. cit.*, p. 219

¹⁰⁶ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 5 juin 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. Journal officiel, n°94 du 21 avril 2007. Annexe I.

¹⁰⁷ Voir glossaire

La qualité de l'accompagnement des résidents passe également par une politique de lutte contre la maltraitance dont une définition a été donnée par le Conseil de l'Europe en 1987 :

« Violence caractérisée par tout acte ou omission par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à sa liberté, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière¹⁰⁸ ».

Ce concept est large et chacun peut en donner une définition différente en fonction de ses propres sensibilités. Et c'est justement parce que les approches peuvent différer, qu'il faut fixer des points de repère. Pour ma part, je considère qu'un agent n'est plus dans la bientraitance lorsque les droits et libertés du résident (annexe 11) sont occultés. C'est pourquoi je considère cette charte comme étant la ligne de conduite de nos pratiques professionnelles quotidiennes. Cette charte est d'ailleurs prévue à l'article L311-4 du CASF comme outil permettant d'éviter tout risque de maltraitance des personnes accueillies en établissement social ou médico-social.

Au sein de RMK, j'aborde cette question de la maltraitance comme un risque majeur de par la vulnérabilité du public accueilli. Je suis garante de la protection des usagers contre les comportements maltraitants des agents, des familles, des bénévoles, des autres usagers. Je conserve un regard neutre sur les pratiques, ni suspicieux, ni angélique, tout en sachant que je ne peux pas être informée de tout ce qui se passe dans l'établissement. Je reste vigilante, à l'écoute.

Pour communiquer autour de cette question sensible, j'aborde le sujet au cœur du projet d'établissement, du règlement de fonctionnement, du règlement intérieur et la fiche de déclaration d'événements indésirables prévoit le cas d'une maltraitance. L'affiche officielle du ministère du travail, des relations sociales et des solidarités est apposée dans le hall d'entrée de la structure, dans la salle de pause et dans les salles de soins. Elle met en avant le numéro d'appel 3977 destiné aux victimes ou aux témoins de maltraitance.

La protection de l'agent témoin et déclarant un acte de maltraitance est garantie conformément à l'article L314-24 du CASF : *« ... le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ... ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, ... »*. De plus, la procédure disciplinaire s'applique à l'encontre de l'agent qui aurait commis de tels actes, selon leur gravité, pouvant aller de l'avertissement au licenciement.

¹⁰⁸ Assurance Maladie. Référentiel qualité. Gestion du risque « Maltraitance ». 2009. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_risque_maltraitance.pdf

J'estime que cette politique de lutte contre la maltraitance n'est pas encore suffisante. C'est pourquoi j'envisage, au cours de l'année 2019, de créer, en groupe de travail pluridisciplinaire et à l'attention des agents et des bénévoles de l'établissement, un outil d'aide à la prévention. Il s'agira d'un livret de sensibilisation à la bientraitance offrant une grille d'auto-contrôle et un repère des bonnes et mauvaises pratiques professionnelles permettant à chacun de se réinterroger sur ses agissements. Je demande également à la psychologue de se dégager du temps pour pouvoir animer des espaces de paroles avec les agents autour de cette thématique.

La qualité de notre accompagnement des personnes vulnérables est largement mise en valeur au cœur de l'évaluation externe. Cette culture est un atout pour l'ADJ qui pourra s'appuyer sur l'expérience et l'exigence des professionnels de proximité intervenant en Ehpad, aussi bien pour les projets de vie, leur évaluation, que pour l'écoute des besoins, que pour l'animation. Les professionnels ont d'ailleurs travaillé sur leur conception de l'accompagnement et la déclinaison d'une charte inscrite dans le projet d'établissement :

Accompagner avec bienveillance
Accompagner avec respect de la personne
Accompagner pour maintenir l'autonomie
Accompagner pour préserver la dignité
Accompagner pour assurer la sécurité

La proximité du cadre de santé et d'une infirmière référente en ADJ sur le même modèle qu'en Ehpad apportera également une valeur ajoutée.

G) La maison de fonction peut être réhabilitée

RMK n'a pas les moyens immobiliers de dégager de l'espace au sein même de la structure pour accueillir une douzaine de personnes en ADJ. Par contre, l'établissement dispose d'une maison de fonction de direction, de 120 m² sur deux niveaux, datant des années 80, en bon état général, et définitivement inoccupée depuis plusieurs années. Je peux saisir cette opportunité et réaliser des travaux d'aménagements pour une mise aux normes d'accessibilité et de sécurité. Cette option est une véritable force pour la structure qui peut ainsi proposer un simple aménagement de locaux existants en lieu et place d'une construction nouvelle qui représenterait un coût trop élevé pour les autorités de tarification et serait un frein à l'élaboration du projet.

H) L'accueil de jour adossé à l'Ehpad peut profiter de la mutualisation de moyens. Même si l'ADJ adossé à l'Ehpad peut faire reculer un certain nombre de personnes, cet adossement est une aubaine sur le plan organisationnel. Elle me permet de réduire les coûts de fonctionnement par la mutualisation des services tels que la cuisine, la lingerie, la facturation, le transport. Je peux également m'appuyer sur un personnel qualifié et déjà expérimenté : ergothérapeute, psychologue, médecin coordonnateur, assistantes de soins en gérontologie, animatrices.

Par ailleurs, la personne fréquentant l'ADJ peut se préparer progressivement à l'entrée en institution, lui évitant ainsi une rupture trop brutale entre le domicile et l'Ehpad en général, cet inconnu, où les professionnels ont les compétences requises dans la prise en charge d'un public vieillissant aux polyopathologies. De plus, si la personne est admise à RMK, elle bénéficie d'une continuité dans son projet d'accompagnement grâce à la connaissance de sa personnalité et la transmission de ses besoins. Ce continuum se retrouve également dans les relations avec des personnes et des lieux déjà familiers.

2.2.2 Les opportunités renforcées par un appel à projet

A) L'absence d'offre de répit sur le territoire

Le fossé qui existe entre le besoin de la population et l'offre de service est une opportunité à saisir car laisse toute latitude à la création d'un nouveau service. Cette opportunité a été développée dans le point 2.1.2.

B) L'appel à projet pour la création d'un accueil de jour

Un avis d'appel à projet (AAP) est lancé en 2014 pour la création de places d'accueil de jour (ADJ) pour personnes âgées dépendantes et personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sur la zone de proximité d'Obernai-Sélestat (Piémont des Vosges). Il relève de la compétence conjointe de l'agence régionale de santé d'Alsace (ARS) et du conseil départemental du Bas-Rhin.

Cet avis est une réelle opportunité dont je dois m'emparer pour apporter des réponses territoriales et institutionnelles.

Début 2015, mon prédécesseur, parmi d'autres collègues du secteur, répond à cet appel à projet, mais par manque de réponse satisfaisante, aucun projet n'est ni retenu, ni lancé sur le secteur. Ainsi, je décide, après 6 mois de présence, de reprendre ce dossier et de répondre à nouveau, fin 2015, à l'appel à projet.

C) Le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins de répit

Les personnes sont accueillies en Ehpad à un âge de plus en plus avancé. Ce constat est une opportunité forte pour l'ADJ puisqu'avec le vieillissement de la population et

l'accroissement du nombre de personnes vivant à domicile, on obtient une proportion plus élevée de personnes dont les besoins et les attentes sont susceptibles de correspondre aux missions d'un ADJ.

D) La diversification de l'offre de services en direction du domicile

Le projet de création d'un ADJ s'inscrit à bon escient au cœur d'un changement dans l'accompagnement. Il s'agit pour notre structure de faire un premier pas vers une offre progressivement tournée vers le domicile. Cette stratégie vient en anticipation de ce que peut devenir notre Ehpad, c'est-à-dire une plateforme multiservice orientée vers une offre hors établissement (avec par exemple le relayage ou l'accueil de nuit), tournée vers le domicile et les besoins du public sur le territoire et vers une offre intra-établissement tournée vers une prise en charge des dépendances de plus en plus lourdes.

E) Le revenu des habitants du secteur supérieur à la moyenne nationale

Le reste à charge pour la personne accueillie peut être un frein à la fréquentation de l'ADJ. Néanmoins, l'Alsace connaît, en 2011, un revenu médian par unité de consommation (c'est-à-dire par personne) de 20 600 € annuels contre une moyenne nationale s'élevant à 19 200 €¹⁰⁹. Ces chiffres placent notre région à la deuxième place des revenus les plus élevés après l'Île de France. Plus précisément sur le pays de Barr et du Bernstein, le revenu disponible médian en 2014 est de 22 453 €¹¹⁰, de 21 647 € pour le Bas-Rhin¹¹¹, de 20 150 € pour la France métropolitaine.¹¹²

Ce niveau de revenu supérieur à la moyenne nationale peut laisser présager que le reste à charge peut, plus facilement que dans d'autres régions, être absorbé soit par les revenus des proches (des enfants) ou des personnes accueillies elles-mêmes.

¹⁰⁹ Frydel Y. Des revenus plus élevés en Alsace. [visité le 15.11.2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285214> (document le plus récent trouvé sur le site de l'Insee)

¹¹⁰ Insee. Comparateur de territoire, Intercommunalité-métropole de CC du Pays de Barr. [visité le 28.11.2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200034270>

¹¹¹ Insee. Comparateur de territoire. Département du Bas-Rhin (67). [visité le 28.11.2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-67>,

¹¹² Insee. Les niveaux de vie en 2014, paru le 06/09/2016. [visité le 28.11.2017], disponible sur Internet <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121597>,

2.3 Les points de vigilance et leurs actions préventives

2.3.1 Des faiblesses concentrées autour des ressources humaines

A) Un âge moyen élevé entre 45 et 55 ans

Je considère (point 2.2.1, B) que l'ancienneté des agents signe l'expérience et les compétences des professionnels. Néanmoins, l'âge moyen étant situé entre 45 et 55, je dois dès aujourd'hui anticiper des départs à la retraite d'ici 5 à 7 ans. C'est dans cette optique que, dans ma politique de recrutement, j'entretiens un partenariat étroit avec les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les Instituts de formation des aides-soignantes (IFAS), et plus particulièrement les centres de formation de Sélestat et du Pays d'Erstein. Cette proximité relationnelle me permet d'accueillir 4 à 6 stagiaires par an, de faire découvrir les richesses et les réalités du secteur des personnes âgées et de créer de nouvelles motivations à venir travailler chez RMK. Cette démarche est chronophage pour la structure car elle requiert l'accueil, l'accompagnement, la formation et l'évaluation du stagiaire. Je lui confère néanmoins trois intérêts essentiels : la motivation des équipes à former de jeunes professionnels, l'opportunité de remettre en question leurs pratiques, et l'embauche de certains stagiaires, même pour une courte durée ou pour une première expérience.

B) L'absentéisme et le défaut de personnel à compenser

La pénibilité du travail occasionne de la fatigue physique et psychologique chez les agents, des douleurs (de type lombalgies, cervicalgies) et a des conséquences directes sur l'absentéisme. Ainsi, RMK a dû enregistrer un taux d'absentéisme global de 26% en 2015 et de 16% en 2016¹¹³. La méthode retenue pour ce calcul est celle utilisée par l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) c'est-à-dire le nombre de jours d'absence / nombre de jours normalement travaillés. Je constate une forte amélioration du taux d'absentéisme entre 2015 et 2016 mais des efforts restent à fournir dans ce domaine pour être au niveau du taux d'absentéisme national qui est de l'ordre de 10%¹¹⁴. L'Ehpad Salem de Barr (du secteur privé non lucratif) affiche quant à lui un taux d'absentéisme de 5%¹¹⁵. La Drees indique qu'il existe peu de données relatives au taux d'absentéisme en Ehpad. Il apparaît néanmoins que le nombre d'absences pour raisons de santé moyen constaté en Ehpad serait 1.3 fois supérieur à celui constaté dans le secteur de la santé, et que les accidents du travail seraient deux fois plus nombreux

¹¹³ Résidence Marcel Krieg, *Rapport d'activités, compte administratif, exercice 2016*, p. 4

¹¹⁴ Iborra, M., *Rapport de la mission « flash » sur les Ehpad, 2017*, Assemblée Nationale, Commission des affaires sociales, p. 6.

¹¹⁵ Entretien du 13 novembre 2017 avec M. Gloeckler, président de Salem.

que dans les autres secteurs (toutes activités confondues)¹¹⁶. Par ailleurs, l'enquête « conditions de travail 2013 »¹¹⁷ révèle que 33% des salariés de la fonction publique hospitalière a eu au moins un arrêt de travail dans l'année, contre 28% pour les personnes employées dans le secteur privé.

C) Le manque de cohésion d'équipe risque de freiner l'adhésion au projet

La contrainte architecturale et l'histoire de l'établissement ont des conséquences sur les équipes et l'organisation. Ainsi, les principales tensions que je constate et dont j'ai écho au quotidien au sein des équipes, se trouvent dans l'espace des soins. Les relations sont souvent tendues entre les AS car malgré la transformation de toutes les places de l'établissement en lits d'Ehpad depuis plusieurs années, la scission persiste entre les secteurs « Côté Hôpital » et « Côté Maison de retraite » et les AS comparent la lourdeur de leur travail entre secteur, en concluant toujours que leur secteur est plus lourd que l'autre. Cette séparation virtuelle fait naître un réflexe de séparation des tâches, de manque d'entraide et d'absence de solidarité entre les équipes. Cette situation est pour moi un héritage historique lourdement ancré dans les mentalités. Il n'en reste pas moins que je dois trouver des solutions pour alléger voire faire disparaître cette forme de concurrence entre les équipes. Ainsi, je retiens l'idée de proposer des postes d'AS « volantes », c'est-à-dire qui ne sont pas affectés à un service, mais qui naviguent dans l'ensemble de l'établissement au gré de l'organisation du planning. L'enjeu est de permettre aux professionnels de se rendre compte que la pénibilité du travail est équivalente auprès de tous les résidents, de créer de l'unité, de la cohésion d'équipe par une compréhension solidaire des difficultés de chaque secteur et la prise de conscience d'une nécessaire coopération. Ces mouvements doivent également permettre au personnel d'apporter un regard nouveau et critique sur l'organisation et l'accompagnement des résidents, regard dont j'encourage la verbalisation au moment des transmissions orales.

2.3.2 Des menaces externes gravitent autour de l'accueil de jour

Afin de mesurer les risques qui peuvent se jouer autour de la création d'un ADJ et de m'assurer de pouvoir garantir la stabilité du service, je prends connaissance de la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités

¹¹⁶ DREES, *Les dossiers de la DREES : Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*, 2016, p. 17.

¹¹⁷ Fonction publique, *Dossier : absence pour raisons de santé et lien avec les conditions de travail dans la fonction publique et le secteur privé*, 2015, p. 5, disponible sur https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports_annuels/2015/RA2015_dossier_1.pdf, [visité le 17/11/2017].

d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, qui pointe les obstacles au recours et au développement d'un ADJ :

- ❖ *« le manque de lisibilité de l'offre sur le territoire ;*
- ❖ *le dispositif est peu connu par les professionnels libéraux ;*
- ❖ *la fréquente réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile ;*
- ❖ *l'appréhension que peut susciter l'accueil de jour lorsqu'il est implanté dans un EHPAD ;*
- ❖ *le sentiment de culpabilité des aidants à l'idée de substituer une aide formelle, extérieure, à l'aide informelle qu'ils assument ;*
- ❖ *le reste à charge de l'usager ».*

A cela, mon expérience professionnelle me permet de rajouter que nombre de personnes qui auraient besoin d'être aidées, renoncent à recourir à l'APA, car les informations demandées par le CD pour le montage du dossier, les obligent à dévoiler l'ensemble de leurs ressources, mais également leur patrimoine. Elles sont très frileuses à cette idée, partant du principe qu'elles ont travaillé toute leur vie pour acquérir leurs biens, et que, je cite *« cela ne regarde personne !¹¹⁸ »*.

2.3.3 Les actions pour enrayer les obstacles au développement de l'ADJ

A ce point de mon diagnostic externe et interne, je peux présenter une analyse synthétique des éléments (en tant que leviers ou points de vigilance) selon le schéma MOFF (MOFF pour Menaces, Opportunités, Forces, Faiblesses). Ce diagramme (annexe 12) est la version française du modèle SWOT (de l'anglais Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Cette matrice a été créée en 1965, à Harvard, par des spécialistes du management stratégique, du marketing et des ventes (Edmund Learned, Roland Christensen, Kenneth Andrews et William Guth). On la connaît également sous le nom « LCAG » (initiales des quatre inventeurs) ou « modèle de Harvard¹¹⁹ ».

A partir de cette analyse, je m'empare plus précisément des menaces et des faiblesses qui entourent l'ADJ pour les développer et les assortir de préconisations afin d'éviter de mettre le projet en péril.

¹¹⁸ Témoignage de Mme F. de Barr, qui aide, à domicile, au quotidien, son mari atteint de démence, sans aucune aide extérieure

¹¹⁹ emarketing. SWOT. [visité le 12.12.2017], disponible sur Internet : <http://www.emarketing.fr/Definitions-Glossaire/SWOT-243281.htm#rE1Ii5CuWsTrHIIY.97>,

A) L'accueil de jour est peu connu des professionnels libéraux

La notion d'accueil de jour est, pour une grande majorité, assez mal connue des professionnels libéraux, y compris des médecins généralistes, et très souvent confondue avec celle de l'hôpital de jour (qui est limité dans le temps et pris en charge par la sécurité sociale). Cette situation me préoccupe, car les médecins généralistes sont au plus près des personnes âgées à domicile et sont les premiers prescripteurs. S'ils ne maîtrisent pas correctement la fonction d'un ADJ, ils ne peuvent être bons conseillers. Mme B., une épouse aidante, me confiait un jour que son médecin traitant avait prescrit un bon de transport pour son mari qui fréquentait l'ADJ de Dorlisheim. Au moment du remboursement, Mme B. s'est vue refusée sa demande. En effet, le médecin traitant avait confondu accueil de jour et hôpital de jour. La conséquence a été pour Mme B. de devoir régler cette première facture de transport et d'être obligée d'assurer elle-même, et à sa charge financière, les deux déplacements hebdomadaires de son époux de Barr à Dorlisheim, matin et soir (soit 66 km pour les 4 allers-retours, et 2 heures consacrées à ces déplacements).

Pour pallier ce manque de connaissances, je m'attache à développer une communication à la fois générale et individuelle. Les outils sont variés : presse locale, courriers, affiches, portes ouvertes, visites du service, entretien individuel en face à face ou par téléphone, réunions d'informations spécifiques ou au cours de la commission de coordination gériatrique. Ces méthodes me permettent également de cibler les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes libéraux, ainsi que les assistantes sociales territoriales.

B) Le manque de lisibilité de l'offre sur le territoire

Comme pour toute création ou innovation, il faudra savoir valoriser cette nouvelle offre de service et informer de son existence. Les outils de communication cités plus haut sont également en adéquation avec une lisibilité satisfaisante sur le territoire, à destination des professionnels mais aussi des particuliers. A cela, faut-il ajouter les participations aux réunions organisées par la MAIA, lieux de rencontre avec d'autres professionnels supports comme l'unité territoriale d'action médico-sociale (Utams), le réseau d'appui aux généralistes (RAG devenu PRAG), les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), les services à domicile, la plateforme de répit, ...

C) La réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile

L'avancée en âge est très souvent accompagnée d'un repli sur soi, d'autant plus prégnant que la maladie s'est installée. Plus ce repli est ancré, plus il est difficile de faire le pas vers le maintien de sa socialisation pourtant si essentielle au maintien à domicile car elle favorise le ralentissement des effets du vieillissement. Le rôle des aidants proches,

professionnels ou non, est primordial pour parvenir à convaincre la personne des bienfaits d'une nouvelle ouverture vers l'extérieur. Je considère qu'il est aussi de mon ressort de venir en appui de ces aidants, et éventuellement prendre le relais, quand la négociation s'avère difficile, en rencontrant les personnes hésitantes pour leur expliquer les bienfaits de la vie sociale, leur faire visiter l'ADJ, leur proposer une journée d'essai sans engagement, leur proposer un entretien avec la psychologue de l'Ehpad.

D) L'appréhension des personnes âgées à fréquenter un ADJ adossé à un Ehpad

Cette attitude est tout à fait légitime, elle fait écho au futur plus au moins proche que les personnes âgées redoutent en général. Rappelons que 90% des personnes âgées souhaitent vivre à domicile et préfèrent y amener les aménagements nécessaires plutôt que d'être prises en charge en institution. Là encore l'enjeu pour tous les professionnels et les aidants proches est de comprendre, et de rassurer les personnes :

- ❖ L'accueil en ADJ ne débouche pas obligatoirement sur une entrée en institution.
- ❖ Se rapprocher d'un Ehpad permet de mieux connaître le type de prise en charge, d'en faire un lieu familier et se l'approprier, et ainsi de dédramatiser la vision de cette institution trop souvent assimilée à un mouroir¹²⁰.
- ❖ En cas d'institutionnalisation, la personne bénéficie d'une connaissance satisfaisante de son parcours par les équipes professionnelles et d'une prise en charge plus rapidement conforme à ses attentes.

E) La culpabilité des aidants à faire appel à des aides extérieures

Les aidants sont réputés ne pas faire facilement appel aux soutiens extérieurs pour les aider à assumer cette mission d'accompagnant. Ce comportement est parfois dicté par un sentiment de satisfactions secondaires trouvées dans ce rôle d'aidant.

Ces attitudes ont pour conséquence l'appel tardif aux aides extérieures, quand la situation n'est plus gérable à domicile, quand l'aidant est aux prises avec des troubles anxieux ou dépressifs. C'est pourquoi ces troubles sont plus présents chez les aidants que dans la population moyenne¹²¹. Il est difficile de réduire cette résistance, car les aidants sont capables d'invoquer de multiples excuses pour ne pas confier la personne aidée. Je considère qu'il faut s'appuyer sur une communication transparente mettant en exergue les bienfaits du répit à la fois pour l'aidant et pour la personne aidée. Il est nécessaire de proposer à l'aidant des actions et des activités de compensation comme celles offertes

¹²⁰ Témoignage de Frédéric Pommier, journaliste à France Inter, dans l'émission « C'est à vous » de France 5, diffusée le 14/12/2017. Il y parle de sa grand-mère Suzanne qui a dû, il y a 9 mois, se résoudre à entrer en Ehpad alors qu'elle avait toujours déclaré « *préférer se pendre que de finir dans un mouroir* »

¹²¹ Fantini-Hauwel C., Gély-Nargeot M-C., Raffard S., *op. cit.*, p. 147

par les plateformes de répit (journées d'échange avec d'autres aidants, formation, moments de convivialité et de loisirs). Là encore ce sont les médecins généralistes et les professionnels libéraux qui peuvent œuvrer dans ce sens, grâce à leur proximité, tout en prenant appui sur l'équipe de l'ADJ.

F) Le reste à charge des usagers

Le prix d'une journée en accueil de jour s'élève en moyenne à 48 €, transport et repas compris. Les personnes qui véhiculent leur proche entre le domicile et l'ADJ, bénéficient d'une prise en charge, par l'établissement, des frais de transport dans la limite de 11.50 € par jour. Les personnes accueillies peuvent faire une demande d'APA qui peut couvrir tout ou partie du prix de journée, selon les ressources de la personne. Si une personne fréquente l'ADJ deux à trois journées par semaine, même si l'APA apporte une diminution du coût, les frais occasionnés peuvent atteindre plusieurs centaines d'euros par mois. Si cette somme peut sembler trop élevée pour certains retraités, elle n'a rien de comparable avec la facture mensuelle à acquitter pour un hébergement permanent. Je veille à ce que la communication porte sur le postulat que, certes l'ADJ a un coût, mais puisqu'il permet de maintenir les personnes à domicile par le travail de leurs capacités intellectuelles et physiques, il permet de reculer ou d'éviter l'entrée en institution, de répondre aux souhaits de la personne aidée et également de faire des économies.

G) L'absentéisme et le défaut de personnel à compenser

Je mène régulièrement des actions de lutte contre cette problématique : affichage du taux d'absentéisme mensuel afin de sensibiliser les salariés, régulation des primes de fin d'année basée sur la présence de chaque employé tout au long de l'année, convocation de l'agent à son retour de maladie pour faire un point avec lui sur son poste et ses conditions de travail.

L'absentéisme et le manque de personnel au sein de RMK peuvent avoir un impact sur l'organisation du service car le fonctionnement risque de me pousser à solliciter l'équipe de l'ADJ pour assurer des remplacements au sein des services conventionnels et la continuité de la prise en charge des résidents. Je dois rester vigilante à cette situation et ne pas avoir recours trop souvent à cette solution, au risque de démotiver l'équipe de l'ADJ, de voir naître un sentiment de trop grande mobilité, le tout faisant courir le risque d'offrir un accompagnement des personnes qui ne serait pas à la hauteur de leurs attentes, pouvant induire une perte de la qualité du service, du mécontentement, une mauvaise réputation et des difficultés d'admission de personnes par la perte d'attractivité.

H) Le manque de cohésion d'équipe risque de freiner l'adhésion au projet

Cette cohésion m'apparaît d'autant plus essentielle que l'arrivée d'un nouveau service d'ADJ peut heurter les sensibilités des uns et des autres. En effet, le travail en ADJ est

beaucoup moins lourd qu'en Ehpad (pas de toilettes, peu d'aide aux repas, beaucoup d'animations) et les horaires de travail bien plus favorables à la vie de famille (horaires de journée, week-end ou jours fériés chômés). Cette différence entraîne inéluctablement des comparaisons, des sentiments d'injustice ou d'iniquité pouvant induire des formes de jalousies.

Il m'apparaît primordial, à travers une politique de recrutement adéquate (point 3.2.1, B), de favoriser une cohésion d'équipe sur l'ensemble de l'établissement, induire une plus grande appartenance, ce qui permettra aux salariés d'adhérer et de s'impliquer dans le nouveau projet, à l'équipe dédiée à l'ADJ d'y trouver également sa place sans avoir le sentiment d'être une strate supplémentaire à l'organisation sans lien avec le reste de la structure.

Ce travail d'analyse pluridimensionnel me permet d'appréhender le contexte dans lequel la structure doit évoluer sous l'angle des politiques publiques, de l'offre de service aux personnes âgées sur la ZP d'Obernai-Sélestat.

Dans l'ouvrage Strategor, la stratégie est définie comme suit :

« Pour une entreprise, la stratégie consiste à choisir ses activités et à allouer des ressources de manière à atteindre un niveau de performance durablement supérieur à celui des concurrents dans ces activités, dans le but de créer de la valeur pour ses actionnaires¹²² ».

Après avoir recontextualisé cette définition dans le secteur social et médico-social, je considère que ce travail de diagnostic et de réflexion stratégique m'autorise à choisir des activités et à leur allouer des ressources, de manière à atteindre un niveau d'offres durablement supérieur aux autres établissements du territoire, dans le but de créer de la valeur interne et un impact sociétal.

Cette analyse stratégique me permet de cerner les besoins et les attentes des personnes vieillissantes, l'offre existante sur la ZP d'Obernai-Sélestat pouvant y répondre et de proposer des axes d'évolution possibles du point de vue d'une direction.

L'axe d'évolution retenu est la création d'un accueil de jour, dispositif soutenu par les politiques publiques à travers le Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019, dans son axe 2 qui entend : *« favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des MND¹²³ et atténuer leurs conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne¹²⁴ ».*

Il convient maintenant de démarrer la mise en œuvre du projet.

¹²² Lehmann-Ortega L., Leroy F., Garette B., et al., 2016, *Strategor, Toute la stratégie d'entreprise*, 7^{ème} édition, Paris : Dunod, p. 7

¹²³ Maladies neurodégénératives

¹²⁴ Delcelier S., *op. cit.*, p. 2

3 Le projet de création d'un accueil de jour

Le terme projet vient du latin *projicere* qui désigne « se projeter, se jeter en avant » ou *prospicere* qui signifie « regarder devant soi¹²⁵ ». Cette étymologie souligne le contexte du projet qui propulse vers un avenir dont on ne connaît rien, ni le cheminement, ni l'issue. C'est pourquoi je dois coordonner une mise en œuvre du projet minutieusement organisée afin de limiter les déconvenues. Je retrouve ici une des principales missions d'un directeur, la conduite de projet devant me permettre « *d'intégrer le passé et penser l'avenir pour structurer le présent*¹²⁶ ».

Dès réception de la réponse positive des autorités compétentes, j'intègre ce nouveau service d'ADJ dans le projet d'établissement 2016-2020. Le projet d'établissement, généralisé par la loi 2002-2 est le socle d'action des structures, il permet de mettre en œuvre ce qui a été décidé. Il est défini par le CASF, en son article L311-8, qui prévoit que

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

Plus précisément, la coordination permet d'harmoniser les activités de l'établissement dans un souci d'efficacité¹²⁷ et la coopération permet de participer à une œuvre commune¹²⁸. Elles prennent toutes les deux forme au sein de réseaux qui représentent une façon innovante de travailler, mettant au centre des préoccupations de plusieurs partenaires les politiques sociales, l'usager, le territoire, la mutualisation des ressources, une finalité commune¹²⁹.

Dans le projet d'établissement de RMK, l'ADJ est abordé grâce aux réflexions du groupe de travail dédié, sous les thèmes suivants : objectifs, lieu et capacité d'accueil, modalités de transport, projet d'accompagnement, cadre de vie, professionnels, formation, partenariat.

¹²⁵ Lefèvre P., 2011, Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, p. 211

¹²⁶ *Ibid.*, p. 209

¹²⁷ Larousse. Coordination. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordination/19067>

¹²⁸ Larousse. Coopération. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9ration/19056>

¹²⁹ Lefèvre P. *op. cit.* p. 38

Une majorité des incertitudes inhérentes à ce projet de création d'un accueil de jour sont déjà aplanies grâce au travail de diagnostic et d'analyse présenté dans les parties 1 et 2. Reste maintenant à gérer sa mise en œuvre pratique.

3.1 L'appel à projet

Outre la constatation avérée d'insuffisance de structure de répit sur la ZP d'Obernai-Sélestat, le point de départ de cette nouvelle aventure est un appel à projet.

3.1.1 Son cadre juridique

L'AAP correspond à une mesure d'autorisation instaurée par la loi HPST¹³⁰ qui a inversé la procédure. Les autorités de tarification (ARS et CD), lancent isolément ou conjointement des appels à projet, sorte de commande publique. L'AAP obéit à une procédure réglementaire et notamment un cahier des charges stricte qui permet de disposer de critères de comparaison précis entre plusieurs associations participantes qui sont alors mises dans une situation de concurrence loyale. Cette nouvelle procédure fait apparaître deux principes :

- ❖ Principe de définition précise par l'ARS ou le CD des besoins sur un territoire à travers un cahier des charges.
- ❖ Principe d'ajustement par les candidats de leur offre à ce cahier des charges.

L'ARS, conjointement avec le Conseil départemental du Bas-Rhin, a lancé en 2014 un AAP portant sur la création d'un accueil de jour de 12 places pour personnes âgées dépendantes et personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

« L'objectif de l'appel à projets est de développer une politique de maintien à domicile dans les conditions favorables et adaptées à l'état de santé des personnes âgées et d'assurer une offre de répit à destination des aidants¹³¹ ».

Cet appel à projet repose sur :

- le schéma départemental gérontologique du Bas-Rhin 2010-2014
- le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) 2012-2016
- le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2014-2018 de la région Alsace, qui prévoit de « faciliter l'accès à l'accueil de jour au travers d'un partenariat avec les collectivités locales » et de

¹³⁰ Löchen V., *op. cit.*, p. 76

¹³¹ ARS, Conseil départemental du Bas-Rhin, 2014, *Avis d'Appel à Projet*, page 2

« développer le droit au répit des aidants et de maintenir la sociabilisation des personnes âgées par la création de places d'accueil de jour¹³² ».

Le secteur social et médico-social étant un secteur inscrit dans un contexte législatif et réglementaire important, l'AAP est soumis à un cadre juridique précis¹³³ qui sera développé ci-dessous au fur et à mesure du développement du projet.

Dans un premier temps, l'Ehpad répond à l'article L312-1 6° du CASF précisé dans l'AAP qui s'adresse à des services ou établissements *« qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale »*.

L'article D312-8 du CASF définit l'accueil temporaire, dont l'ADJ, comme un accueil organisé pour une durée limitée, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement et venant en complément des autres types de prises en charge (comme à domicile par exemple). Ses objectifs sont de *« développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale »*, mais aussi :

« L'accueil temporaire vise, selon les cas :

a) À organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge [...]

b) À organiser, pour l'entourage, des périodes de répit [...] ».

Cet extrait de l'article démontre le caractère bicéphale de la situation et du besoin de répit comme je le développe dans le point 1.2.3. Il me semble très important de garder à l'esprit que l'ADJ ne vise pas seulement la personne accueillie, mais aussi un aidant qui jouit d'un répit salvateur.

C'est la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui donne une base légale à l'accueil temporaire (hébergement temporaire ou accueil de jour) par sa volonté de diversifier l'offre et les services du secteur social et médico-social. Parallèlement, l'essentiel du fonctionnement d'un ADJ est prévu dans la circulaire n°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 : modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire comme alternative à l'hébergement permanent avec :

- ❖ L'existence d'un projet de service, régulièrement réévalué, mettant la personne accueillie et l'aidant proche au cœur de la prise en charge. Un projet prévoyant également le type d'activités au sein de groupes homogènes par rapport au degré d'autonomie physique ou cognitive. Cette homogénéité est difficile à respecter

¹³² ARS Alsace, Conseil Départemental Bas-Rhin. Avis d'appel à projet pour la création de places d'accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sur la zone de proximité d'Obernai-Sélestat. 2014, p. 2

¹³³ *Ibid.*, p. 5

dans la pratique car les impératifs des personnes accueillies (vie sociale, rendez-vous médicaux) ne leur permettent pas d'être disponibles aux dates proposées par l'ADJ. Ainsi, je décide de ne pas respecter cet impératif d'autant plus que je pense que l'hétérogénéité d'un groupe peut être riche en échanges. Cette idée est confirmée par Mme C., infirmière coordinatrice de l'accueil de jour de Benfeld, et Mme S., psychologue intervenant à RMK. En effet, il est régulièrement constaté que les différences d'autonomie poussent les membres d'un groupe à s'entraider, et ainsi se sentir valorisés à travers leurs actions. De plus, je constate aussi que les personnes se comparent dans leur autonomie, leur pathologie, trouvent toujours pire situation que la leur, ce qui leur donne une occasion de se considérer chanceux.

- ❖ L'importance du rôle des services à domicile dans le repérage des besoins des personnes vivant chez eux, ce qui m'incite fortement à tisser un réseau de partenaires intervenant à domicile.
- ❖ La fixation des objectifs de l'ADJ : permettre le vivre chez soi, la socialisation, l'autonomie et la qualité de vie à domicile, objectifs qui doivent au quotidien être le fil rouge de l'équipe.
- ❖ L'existence d'un projet d'accompagnement spécifique à l'ADJ qui ne doit pas être assimilé à un simple accueil, ni à un hôpital de jour qui relève du sanitaire, ni à un Ehpad. *« Chaque personne doit bénéficier d'un projet individualisé d'accompagnement qu'il est souhaitable de formaliser par écrit et de communiquer à l'aidant ».*
- ❖ La définition du public cible de l'ADJ : des personnes âgées vivant à domicile en priorité atteintes de la MA (ou troubles apparentés) ou en perte d'autonomie.
- ❖ L'implantation des locaux dans un cadre de vie ordinaire, offrant un jardin et un accès sécurisé.
- ❖ La place de l'ADJ dans une filière gériatrique coordonnées regroupant les hôpitaux de jour, les professionnels du domicile, les associations de familles.

3.1.2 Un management participatif du projet

Dans l'ensemble, ma conception du management m'amène à adopter un style participatif au cours de la construction de ce projet où les suggestions de tout un chacun sont écoutées et prises en compte dans les différentes décisions, tout en tenant compte de la faisabilité des propositions. Cette attitude me permet de garder une position d'écoute et d'étonnement, d'intégrer les salariés, leur permettre de se sentir concernés par le projet et de faciliter leur adhésion. Une fois le projet lancé, j'adopte un management délégué sur

certaines tâches car, en référence au management situationnel de Hersey et Blanchard¹³⁴, je peux m'appuyer sur des collaborateurs experts et motivés. J'adhère à cette grille d'analyse situationnelle (annexe 13) car chaque personne salariée est un individu à part entière avec son histoire, son vécu, sa personnalité, ses craintes et représentations, ses propres enjeux et intérêts, ses motivations, ses compétences. Je ne peux donc ni m'adresser de la même manière, ni user du même mode de management ou de communication avec tous les agents de la structure. C'est pourquoi il me paraît indispensable de tenir compte de tous ces éléments constitutifs de la relation pour m'adapter à la personne, et adopter un management directif, persuasif, participatif ou délégué, selon les cas.

Afin d'assurer une conduite efficace et pluridimensionnelle du projet et étant donné la petite taille et l'autonomie de RMK, j'opte pour une modalité de pilotage à deux niveaux, simple et proche du terrain. Elle repose sur :

- ❖ Un comité de pilotage (Copil) qui se réunit une fois par mois et est constitué du président du CA, de la cadre de santé, du médecin coordonnateur et de moi-même. S'est posée la question de la participation d'une personne extérieure à RMK, personne ayant une expertise en ADJ (par exemple l'IDE coordinatrice de l'ADJ de Lingolsheim ou Benfeld, annexe 1). Mais devant le coût et la difficulté d'organisation que cela représente, je décide de privilégier des actions de benchmarking.
- ❖ Des groupes de travail (GT) composés de la cadre de santé, du médecin coordonnateur, d'un représentant du personnel, de l'infirmière référente, de l'ergothérapeute, de la psychologue, de la responsable RH, de la gouvernante, de l'équipe de l'ADJ, de l'animatrice et de moi-même. Les acteurs sont présents, ou non, selon les thèmes à travailler. Je choisis d'inviter un maximum de professionnels impactés directement ou plus indirectement par l'ADJ afin que les agents se sentent concernés, afin de fédérer un maximum de personnes et de créer une émulation positive. Par exemple, je convie l'animatrice de l'Ehpad aux groupes de travail concernant les sujets autour des activités pour qu'elle puisse partager ses conseils, sa vision des choses, ses expériences.

Le rôle du groupe de pilotage est d'annoncer le projet, d'en définir les objectifs, d'en suivre l'avancée étape par étape, de valider et d'ajuster les décisions, de rendre régulièrement compte auprès du conseil d'administration.

¹³⁴ Defiebre M., 2017, *Management et gestion des ressources humaines*, Intervention Cafdes.

Le groupe de travail a pour objectif de travailler sur des sujets de terrain (le transport, les repas) et de proposer des solutions.

Je décide des sujets à traiter en collaboration avec l'IDE référente puis les GT s'organisent de manière autonome, se regroupent en fonction du thème à aborder, de leur emploi du temps, et de façon à ne pas désorganiser leurs interventions en service (psychologue, ergothérapeute, animatrice). J'attends de chaque GT qu'il soit piloté par l'IDE référente (qui détient la vue d'ensemble du projet la plus exhaustive parmi les professionnels de terrain), qu'il mène une réflexion organisationnelle sur les différents aspects du fonctionnement de l'ADJ et qu'il me fasse un retour oral lors d'une réunion de debriefing. Si je valide la démarche, le GT rédige une procédure qui m'est remise et que je valide ensuite en Copil. Le GT est informé de la validation ou des modifications apportées par un retour de mail à chaque membre participant.

En externe, le pilotage du projet repose sur du benchmarking (ou parangonnage) qui consiste principalement à visiter des structures similaires (ADJ Les Madeleines de Lingolsheim, ADJ Le Stammtisch de Benfeld, annexe 1) ce qui permet au Copil de réfléchir ensuite au type de fonctionnement à retenir.

Des rencontres régulières avec l'ARS et le Conseil Départemental, ou la présentation régulière lors des séances du CA, portant sur l'avancement du projet et les rectificatifs éventuels font également partie du pilotage du projet.

3.1.3 RMK : lauréat de l'appel à projet

Suite au dépôt du dossier de réponse à l'AAP, mon correspondant ARS m'informe que la candidature déposée est retenue. Je pense que j'ai su mettre en avant deux avantages discriminants essentiels :

- ❖ L'existence de la maison de fonction à réhabiliter en ADJ, qui représente un avantage économique certain.
- ❖ La position géographique dans le Piémont des Vosges, zone prioritairement ciblée par l'ARS et le CD67 dans leur AAP.

Je peux lancer la mise en œuvre concrète du projet en démarrant par un planning prévisionnel des tâches à réaliser, pour, en finalité, mettre en place l'évaluation de ce nouveau service de l'Ehpad entre 12 et 18 mois après son ouverture.

Le diagramme de Gantt, inventé au début des années 1900, porte le nom de son inventeur, l'américain Henry Gantt, ingénieur et spécialiste en management¹³⁵. Cet outil,

¹³⁵ Gant.com. Qu'est-ce qu'un diagramme de Gantt ? [visité le 15.07.2018], disponible sur Internet : <http://www.gantt.com/fr/>

utilisé dans la gestion de projet, permet de planifier, dans le temps, les tâches à réaliser. Il offre une vue d'ensemble du projet et de chaque activité à réaliser, avec date de début, et date de fin, les chevauchements de tâches et la durée de ces chevauchements. C'est cet outil que je décide d'utiliser pour suivre l'avancement du projet de création de l'ADJ afin de pouvoir réagir et réajuster l'organisation en cas de dérapage, surtout lorsque le démarrage d'une nouvelle tâche est tributaire de la réalisation d'une tâche précédente. Pour des raisons pratiques de lisibilité, ce diagramme de Gantt ne sera pas visible dans ce document, j'ai néanmoins repris les grandes échéances du projet dans un planning global (annexe 14).

3.2 La mise en œuvre du projet et ses objectifs stratégiques

L'accueil de jour est adossé à RMK, mais il me semblait opportun de lui trouver une identité distinctive afin d'éviter que les personnes âgées ne fassent des amalgames réducteurs et néfastes vis-à-vis de l'Ehpad. Ainsi, la maison ayant pour adresse officielle le 8 rue de la Promenade à Barr, il a été décidé, après un brain storming en groupe de travail, d'appeler l'ADJ « Maison de la Promenade ». Cette appellation lui confère un caractère familial, un peu comme à la maison.

Je décide également de concevoir un arbre de pertinence, outil qui me permet de poser clairement la finalité du projet, ses objectifs stratégiques et ses objectifs opérationnels (ainsi que les moyens que je peux y allouer). Cette vue schématique du projet est un instrument de réflexion et un cadre de travail (annexe 15). J'y reviens régulièrement pour vérifier que les actions menées soient toujours en ligne avec les objectifs. Les points suivants reprennent la hiérarchie des objectifs stratégiques et opérationnels de l'arbre de pertinence.

3.2.1 Créer un Accueil de jour

A) Réhabiliter la maison de fonction

Je dois me préoccuper du bien-être et de la sécurité des personnes accueillies et des salariés et tout mettre en œuvre pour en garantir l'effectivité.

a) L'accessibilité

L'ADJ accueillant des personnes âgées avec ou sans difficulté de déplacement, je dois me soucier de l'accessibilité des locaux qui doivent être aux normes pour personnes à mobilité réduite (PMR, annexe 16). Cette exigence est d'ailleurs légiférée à travers l'article D312-9 du CASF qui stipule que « *Les locaux répondent aux règles d'accessibilité et de sécurité en vigueur, ainsi qu'aux normes particulières existantes pour l'accueil de certains publics concernés par le projet d'établissement. Ces locaux tiennent également compte*

du contenu du projet d'établissement afin notamment de s'adapter aux caractéristiques des publics accueillis ».

Afin d'être accompagnée pour répondre au mieux aux normes d'accessibilité, je fais appel aux services d'un cabinet privé, ABC Architecture de Gertwiller. Dans ce projet, ABC Architecture est le maître d'œuvre (MOE) et je suis le maître d'ouvrage (MO). Le MOE a pour fonctions principales de « *concevoir un projet de construction neuve ou d'intervention sur bâtiment existant, préparer les marchés de travaux à passer avec les entrepreneurs, diriger les travaux réalisés par les entrepreneurs choisis, vérifier qu'ils sont exécutés conformément aux dispositions des marchés, contrôler le paiement des travaux, assister son client pour la réception des ouvrages*¹³⁶ ». Quant au MO, il est à l'origine de la décision de construction, ou transformation, il s'agit du client, titulaire du permis de construire, il conclut des contrats et prend en charge le coût financier du projet. Le MO n'est pas obligatoirement propriétaire du bien immobilier¹³⁷.

En juillet 2016, ABC Architecture réalise des plans de façade, des plans intérieurs et des plans « état projeté » mettant en évidence le projet de transformation de la terrasse de la maison en véranda et l'aménagement de l'extérieur pour assurer un accès PMR.

Je me base ensuite sur ces plans pour déposer, en août 2016, une demande d'autorisation de modifier un établissement recevant du public : adaptation de la maison de fonction en pavillon d'accueil de jour pour personnes désorientées, auprès de la municipalité de Barr. Cette demande reprend les modifications du rez-de-chaussée envisagées afin d'offrir aux personnes accueillies un lieu à l'accessibilité sécurisée et facilitée, un lieu permettant la convivialité et la déambulation :

- ❖ Plan de masse, détail du projet plan incliné (annexe 17) avec des rampes d'accès présentant une déclivité de 4% selon la réglementation en vigueur.
- ❖ Plan représentant le rez-de-chaussée surélevé et la suppression d'une cloison (annexe 18).
- ❖ Plan représentant la transformation de la salle d'eau existante en salle d'eau PMR (annexe 19).

Suite à cette demande, le permis de construire est accordé en date du 10 janvier 2017 (annexe 20).

b) La sécurité

La sécurité incendie et l'installation électrique font également partie de la mise en conformité du service.

¹³⁶ Urban M., Jund C., 2017. *La gestion d'un projet immobilier*. Intervention Cafdes.

¹³⁷ *Ibid.*

En tant que directrice, en cas de non-respect de ces normes de sécurité, je peux être poursuivie pour délits non intentionnels ou homicides involontaires, pour « *négligence, imprudence, inattention, manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement*¹³⁸ ».

Dans ce domaine, je fais appel aux compétences du cabinet OTE Ingénierie d'Illkirch qui réalise une étude de faisabilité mettant en avant des recommandations auxquelles je me conforme au cours des travaux :

- ❖ Une amélioration du tableau électrique.
- ❖ La mise en place d'éclairage BAES¹³⁹ aux issues.
- ❖ La mise en place d'une alarme incendie de type 4¹⁴⁰, à déclencheurs manuels, à chaque issue et à chaque niveau.

Ces conclusions tiennent compte du fait que l'ADJ est classé en établissement recevant du public (ERP) de 5ème catégorie¹⁴¹, type J par la sous-commission départementale de la sécurité ERP – IGH de Strasbourg, en décembre 2016 (annexe 21).

B) Recruter une équipe de professionnels

Dans la réponse à l'AAP que je soumetts à l'ARS et au CD 67, je propose les ressources suivantes, exprimées en équivalent temps plein (ETP) qui me semblent nécessaires au bon fonctionnement de l'ADJ et à un accompagnement de qualité en parfaite concordance avec les attentes des personnes accueillies :

- ❖ Infirmière référente (0.75 ETP) : coordination, suivi des plannings de présence, rendez-vous avec les familles, partenariats extérieurs.
- ❖ AS, ASG ou AMP (2.75 ETP) : accueil des personnes, lien avec les familles, animation des ateliers, aide aux repas, à la marche, à l'élimination, accompagnement au transport
- ❖ ASHQ (0.75 ETP) : entretien des locaux, conduite du véhicule.
- ❖ Ergothérapeute (0.2 ETP) et psychologue (0.1 ETP) : formation de l'équipe, soutien aux personnes et aux familles.

J'ai décidé que l'ADJ dispose d'une équipe dédiée de professionnels. De par leur présence régulière, les agents acquièrent une connaissance pointue des attentes de chaque personne et sont ainsi plus capables de s'adapter à la prise en charge de personnes démentes, de situations individuelles, mouvantes, selon le stade ou l'évolution

¹³⁸ Gazette santé social. 10 questions sur les responsabilités des directeurs du médico-social. [visité le 07.07.2018], disponible sur Internet : <http://www.gazette-sante-social.fr/6184/10-questions-sur-les-responsabilites-des-directeurs-du-medico-social>

¹³⁹ Voir glossaire

¹⁴⁰ Voir glossaire

¹⁴¹ Voir glossaire

de leurs besoins. Les agents mettent en place des réflexes en réponse aux modifications qui peuvent intervenir dans la constitution des groupes. Parallèlement, les personnes accueillies ont besoin d'être accompagnées par une équipe compétente et stable, qui puisse leur proposer les repères nécessaires à leur bien-être et éviter toute situation anxiogène. Une personne démente a besoin de se sentir en sécurité avec l'accompagnant, et tout changement de visage, de repère ou de rituel peut provoquer incompréhension et angoisse. La proximité induite par la présence d'une équipe dédiée permet de créer des repères, sources de liens, d'échanges, d'interactions, voire de complicité et offre une sécurité psychologique et affective.

Pour recruter cette équipe pluridisciplinaire, je m'appuie sur la GPEC que j'ai instaurée sur l'ensemble de l'Ehpad. La GPEC est une obligation légale dont l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail donne la définition suivante :

« La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) a pour objet de faciliter tant pour les salariés que pour les entreprises, l'anticipation des besoins d'évolution et de développement des compétences en fonction de la stratégie de l'entreprise ainsi que des évolutions économiques, démographiques et technologiques prévisibles¹⁴² ».

Lorsque je contextualise cette définition dans le projet en cours, la GPEC doit tenir compte :

- ❖ De l'environnement : l'absence d'ADJ sur la ZP d'Obernai-Sélestat et le développement du maintien à domicile.
- ❖ Des évolutions démographiques : le vieillissement de la population.
- ❖ Des choix stratégiques : la décision de création d'un ADJ.
- ❖ Des besoins de RMK : le recrutement du personnel en accord avec le projet.
- ❖ Des besoins des salariés : évoluer vers un nouveau type d'accompagnement.

Tout en gardant à l'esprit qu'une GPEC doit être proportionnée aux ressources de la structure¹⁴³, et sans avoir signé d'accord GPEC avec les représentants du personnel, j'instaure quelques outils pour soutenir cette démarche :

- ❖ Le tableau de bord des effectifs (annexe 4).
- ❖ La fiche de poste.
- ❖ L'entretien professionnel biennal.
- ❖ Le plan de formation.

¹⁴² 360°, dossiers et guides pratique de Nexem, *GPEC, outil d'aide à la décision d'un accord d'entreprise*, octobre 2017, p.3

¹⁴³ Meunier M., 2018. *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*. Intervention Cafdes.

❖ Le recrutement.

Cette gestion des richesses internes me permet de repérer, parmi l'équipe des IDE, une professionnelle dont le CV met en avant une expérience administrative, acquise avant son diplôme d'IDE. Suite au lancement d'un recrutement interne pour le poste d'IDE référente de l'ADJ, cette personne est la seule à présenter sa candidature. Suite à un entretien, je décide de lui octroyer le poste.

Par ailleurs, pour le recrutement de l'équipe d'AS, j'ai lancé en décembre 2016 :

- ❖ Un recrutement interne par voie d'affichage d'une note de service sur le tableau dédié installé dans la salle de pause.
- ❖ Un recrutement externe par voie d'une offre d'emploi via les sites de Pôle emploi et leboncoin.fr.

En tout, 8 candidates internes et 4 externes ont postulé. Afin de faire un choix le plus objectif possible des personnes à retenir, je décide de former une commission de recrutement, composée de Mme C., IDE coordinatrice de l'ADJ « Le Stammtisch » de Benfeld, Mme W., directrice de l'Ehpad « Résidence de l'Illmatt » de Benfeld, Mme C., cadre de santé de RMK et moi-même. Je souhaite que la commission base son travail de recrutement sur une grille d'évaluation reprenant plusieurs critères comme la présentation, le parcours professionnel, les motivations, la représentation d'une fonction d'AS/AMP en ADJ (annexe 22). Je considère que ces deux outils (la commission et la grille d'évaluation) sont un appui précieux me permettant de présenter la procédure de recrutement en toute transparence aux agents de l'Ehpad et éviter ainsi les risques d'inquiétude quant à un quelconque favoritisme. Le hasard et la qualité des candidatures ont fait que la commission a retenu 3 candidatures exclusivement internes.

Je me réjouis de ce choix car ce mouvement de salariés d'un service à l'autre de l'Ehpad facilitera la cohésion et l'unicité de la structure grâce à la continuité des liens entre collègues, comparativement à l'hypothèse où le nouveau service de l'ADJ serait assuré par une nouvelle équipe de professionnels. Ce recrutement interne permet de continuer à faire vivre des relations, parfois amicales, entre collègues, et ainsi de faciliter le travail d'équipe. Je garde néanmoins à l'esprit que ce recrutement peut susciter une forme d'envie, voire de jalousie, chez les autres agents candidats.

C) Rédiger les documents réglementaires

a) *Les outils de la loi du 2 janvier 2002*

L'article 8 de la loi 2002-2 reprend l'article L311-4 du CASF et définit ce qu'on appelle les outils de la loi 2002-2. Il est en effet prévu que, pour assurer l'exercice des droits des personnes accueillies et lutter contre les risques de maltraitance, soient remis à l'utilisateur

les documents suivants : un livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement (article L311-7), le contrat de séjour ou le DIPC. Dans le processus de mise en œuvre du projet, j'intègre cette injonction réglementaire afin à la fois d'être en cohérence avec les exigences législatives mais aussi afin d'assurer un accompagnement de qualité. Par ailleurs, le législateur prévoit également d'offrir des moyens d'information, d'expression et de participation aux usagers et à leurs familles : la personne qualifiée (article L311-5), le conseil de la vie sociale (CVS, article L311-6), le projet d'établissement (article L311-8), le respect de la vie de famille (article L311-9).

En cas de non-respect de ces dispositions, je peux, en tant que directrice de RMK, être poursuivie pour infraction, selon l'article L313-21 du CASF.

Par ailleurs, l'exercice des droits et libertés des usagers est détaillé dans l'article L311-3 du CASF qui prévoit notamment le respect de la dignité de la personne, de son intimité, de sa sécurité et de sa liberté d'aller et venir et de choisir entre plusieurs prestations, son accompagnement personnalisé et sa participation à la conception de son projet d'accompagnement, la confidentialité.

b) La prise en charge est cadrée par un contrat

Un DIPC est signé entre la personne ou son représentant légal et RMK, dont je suis la représentante. Le DIPC est prévu par l'article L311-4 du CASF et régi par le décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 qui détermine les conditions de mise en place et les informations que le DIPC doit contenir, avec notamment les objectifs de la prise en charge, les prestations offertes, les conditions d'accueil, de participation financière et de facturation (prévoyant les journées d'absence), avec un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptées spécifiquement à la personne au moins 6 mois après la signature du DIPC, et une réactualisation tous les ans. Le DIPC prévoit également les cas et les modalités de rupture de la prise en charge : je stipule dans le contrat que le comportement inadapté de la personne, un défaut de règlement des factures ou des absences injustifiées, peuvent conduire à l'arrêt de la prise en charge. De son côté, la personne peut également mettre fin à son engagement sur simple information écrite adressée à la direction, 30 jours avant la date effective. Afin d'apporter une garantie supplémentaire au paiement des factures, je prévois un engagement à payer, signé par un membre de la famille, qui s'engage à régler les factures au cas où les revenus de la personne accueillie devaient ne pas être suffisants.

D) Mettre en place l'organisation et le fonctionnement

a) Les critères d'admission

L'admission est prononcée sur des critères précis, mais pour autant assez larges. En effet, en concertation avec le Copil, je décide que l'existence d'un diagnostic Alzheimer ou

d'une consultation de centre mémoire ne doit pas être une condition d'entrée en ADJ. Mon souhait est d'ouvrir le plus largement possible l'accueil aux personnes qui en ressentent le besoin. Cette volonté est renforcée par l'article D312-9 du CASF qui stipule que les établissements « *peuvent accueillir des personnes présentant plusieurs formes de handicaps ou de dépendances. L'établissement ou le service doit disposer d'unités d'accueil ou de vie qui prennent chacune en charge au maximum douze personnes* ».

La démarche d'admission démarre avec un entretien entre la famille (en présence de la personne accueillie si possible) et l'infirmière référente. A l'issue de cet échange, l'IDE est en mesure de décider, de manière autonome, si la personne remplit les conditions d'admission à savoir :

- ❖ Absence de démence à un stade sévère.
- ❖ Absence de trouble de comportement rendant la vie en collectivité impossible.
- ❖ Autonomie physique suffisante pour pouvoir se rendre aux toilettes, accompagné ou non d'un soignant.

Si la personne présente une situation particulière, le médecin coordonnateur, la cadre de santé ou moi-même venons en support à l'IDE pour décider ou non de l'admission.

Un dossier d'admission, avec un volet administratif et un volet médical, est constitué avec un certain nombre de pièces à fournir comme copie de la carte vitale, de la carte d'identité, de la responsabilité civile, ...

Avant l'admission définitive, les personnes hésitantes peuvent bénéficier d'une journée d'essai, payante mais sans engagement, leur permettant de découvrir le principe de l'ADJ.

Le fonctionnement général de l'ADJ est décrit dans un livret d'accueil et se résume de la façon suivante :

- ❖ L'accueil se fait 5 jours par semaine, du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00, hors jours fériés.
- ❖ La journée type se déroule ainsi :

08h30 – 10h15	Transport des personnes en véhicule de l'EHPAD
09h00 – 10h00	Accueil et échanges autour d'un café/thé et d'une collation (temps d'adaptation, de mise en confiance et d'échanges)
10h00 – 11h45	Ateliers thérapeutiques (en individuel ou en groupe)
12h00 - 13h00	Déjeuner : repas convivial pris en commun avec les soignants
13h00 - 14h00	Temps de repos et ateliers ludiques
14h00 – 15h45	Ateliers thérapeutiques (en individuel ou en groupe)
15h45 – 16h30	Partage d'un goûter et échanges sur la journée
16h30 – 17h00	Départ des personnes accueillies, dialogue avec les aidants, transport des résidents

- ❖ Les familles apportent les médicaments de la journée préparés dans un pilulier, un double de l'ordonnance doit être laissé au service.
- ❖ Elles fournissent également les protections, du linge de rechange, les lunettes et appareils auditifs, gilet, chaussons, canne ou déambulateur et veillent à ne laisser ni argent, ni bijoux de valeur à la personne accueillie.
- ❖ Les repas sont pris sur place avec l'équipe.
- ❖ Tous les soins à la personne (toilette, pansement, ...) doivent être réalisés le matin, à domicile, avant l'arrivée à l'ADJ.

b) L'organisation des postes de travail

Afin d'assurer une présence de 9h00 à 17h00 pour l'accueil des personnes et une présence de 8h30 à 17h30, parfois 18h00, pour assurer la prestation de transport, il me faut décider, grâce au travail d'un GT dédié à ce thème, d'une organisation spécifique fondée sur une base horaire annuelle de 1 568 heures pour un temps complet, répartis sur 52 semaines, soit 260 journées d'ouverture de l'ADJ. Les temps de présence sont gérés grâce à un système de pointeuse/badgeage et au logiciel de gestion du temps de travail Planiciel. Ils sont codifiés de la manière suivante :

- ❖ Code JT, 8h30 - 17h00 : l'agent prend son poste de travail à 8h30, assure le transport du matin et quitte la structure à 17h00 après le départ des personnes accueillies.
- ❖ Code JA, 9h00 – 17h30 : l'agent démarre à 9h00 le matin pour l'accueil des personnes venant par leurs propres moyens (famille, taxi), et assure le transport du soir, jusqu'à 17h30 voire 18h00 selon la tournée.
- ❖ Code J, horaires libres : journées de coordination pour l'IDE qui décide en toute autonomie de ses horaires en fonction de la charge de travail ou de ses rendez-vous avec les familles ou les partenaires, tout en restant dans la limite de 0.75 ETP.

Les horaires JT et JA génèrent des heures supplémentaires, d'autant plus que la journée est une journée continue de travail, sans pause déjeuner, car le repas de midi partagé avec les personnes accueillies est considéré comme du temps de travail effectif du fait de son caractère thérapeutique. Ainsi, dans la construction du planning mensuel, faut-il prévoir des journées de récupération pour limiter l'accumulation d'heures de travail et respecter la limite horaire annuelle.

A son ouverture en avril 2017, je décide que l'ADJ ne fonctionne que 3 jours par semaine, les mardis, jeudis et vendredis, afin que les personnes soient accueillies en groupes suffisamment importants pour créer une émulation et des échanges, mais aussi afin de ne pas mobiliser du personnel toute la semaine et générer des charges salariales démesurées en comparaison du montant facturé, mettant en péril l'équilibre financier du

projet. Au bout de 9 mois, grâce au nombre croissant de demandes, l'ADJ ouvre ses portes tous les jours de la semaine.

A l'heure actuelle, aucun temps de transmission n'est officiellement prévu entre les membres de l'équipe. Les seuls moments d'échanges autour de la personne sont des moments aléatoires au cours de la journée, possibles en fonction de la charge de travail. La mise en place du projet personnalisé ou de sa révision est également un temps de partage d'informations, mais il me semble insuffisant. Cette lacune, induite par une organisation non encore aboutie après seulement une année d'ouverture, doit être comblée prochainement. Je dois engager un travail avec la cadre de santé afin de garantir le meilleur accompagnement possible sans trop prolonger les temps de travail qui représentent un coût important pour le service. En attendant, j'organise une réunion pluridisciplinaire mensuelle autour de sujets divers de l'ADJ et je mets en place un cahier de liaison permettant aux professionnels de l'ADJ d'échanger des informations sur les personnes, le fonctionnement ou l'organisation.

c) L'ADJ, partie intégrante de l'Ehpad

L'ADJ est un service nouveau, mais faisant partie intégrante de l'Ehpad. Afin d'éviter à toute scission de s'installer entre l'ADJ et les services d'hébergement permanents, et faciliter mon accompagnement au changement, je me base sur un fonctionnement qui entretienne une collaboration efficiente entre les services, grâce à des mutualisations de moyens ou d'évènements, des réflexions communes sur les activités. Cette collaboration n'est ni naturelle, ni spontanée, mais la confiance que j'accorde aux agents me laisse penser que les principes suivants permettent de créer un cercle vertueux et une dynamique constructive :

- ❖ Les animatrices mutualisent leur matériel (jeux d'adresse) et leurs achats (peinture, petit matériel de bricolage) avec l'ADJ.
- ❖ L'IDE référente de l'ADJ est référente de la plateforme collaborative « CulureàVie ».
- ❖ Les personnes accueillies à l'ADJ et l'équipe, sont conviées aux manifestations organisées par les animatrices de l'Ehpad quand le nombre de places disponibles et l'organisation l'autorisent (concert d'accordéon, fête de carnaval, offices religieux).
- ❖ Les projets d'accompagnement de l'ADJ, dès que c'est possible, créent une interaction avec des résidents de l'Ehpad, et inversement (visites aux personnes connues).
- ❖ Le véhicule 9 places de l'Ehpad est également affecté au transport des personnes accueillies à l'ADJ.

- ❖ Le personnel de maintenance et une ASHQ participent au transport des personnes.
- ❖ Les repas de l'ADJ sont préparés par la cuisine centrale.
- ❖ L'IDE référente de l'ADJ prend son déjeuner dans la salle de restauration commune à l'ensemble du personnel ce qui lui permet d'avoir des échanges réguliers et informels avec les collègues qui déjeunent sur place : cadre de santé, animatrice, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, secrétaire d'accueil, responsable RH, moi-même.
- ❖ La lingerie confie des petits travaux de pliage de serviettes à l'ADJ. La secrétaire d'accueil fait de même avec des tâches simples et aisées comme la mise sous pli. Ces tâches sont assurées par les personnes accueillies et leur offrent reconnaissance et valorisation.

d) *Le transport*

L'AAP prévoit, dans les modalités de mise en œuvre, l'organisation d'un service de transport qui permette aux personnes âgées les plus isolées et les moins autonomes de fréquenter l'ADJ malgré la distance géographique. Cette demande est reprise de l'article D312-9 du CASF qui énonce l'obligation d'offrir une solution de transport adaptée aux besoins des personnes bénéficiant de l'ADJ. La circulaire n° DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1) reprend cette « *obligation d'organiser un dispositif de transport adapté par une organisation interne du transport avec un personnel et un véhicule adaptés ou par une convention avec un transporteur ou par atténuation, pour les familles qui assurent elles-mêmes le transport, du tarif à leur charge du montant du forfait journalier de frais de transport perçu par l'établissement ou par le versement dudit forfait par l'établissement directement aux familles qui assurent elles-mêmes le transport.* »

Le transport peut être assuré par l'établissement sous plusieurs formes. J'opte pour une organisation interne de ce service, car RMK dispose déjà d'un véhicule 9 places équipé pour PMR, destiné à proposer des sorties aux résidents de l'Ehpad. Les temps de transport de l'ADJ étant concentrés sur le début de matinée et la fin d'après-midi, les animatrices de l'Ehpad peuvent continuer à proposer des sorties. Je fixe mon choix sur cette option car elle offre plus de souplesse dans la gestion et l'organisation du service de transport, et moins de dépendance par rapport au recours à un prestataire extérieur. En effet, il m'apparaît indispensable de pouvoir garantir aux personnes des repères stables, un accompagnement personnalisé et rassurant jusque dans cette prestation (par

exemple, entrer au domicile, aider à l'habillage ou au chaussage, aider à la fermeture des portes).

Le principe que je retiens, après échange au sein d'un GT, est de prévoir deux accompagnants dans le véhicule de transport afin d'assurer une prise en charge optimale et sécurisée en cas de panne ou de trouble de comportement d'une personne. Une personne est dédiée à la conduite du véhicule (un agent de maintenance, une ASHQ) et une soignante (équipe de l'ADJ) à la prise en charge des personnes entre le véhicule et le domicile. Cette procédure peut, dans certaines situations, être une opportunité pour le soignant de se rendre compte des conditions de vie de la personne à son domicile.

Un circuit de ramassage est élaboré comprenant les villages dans un rayon approximatif de 5 km autour de Barr. Il est stipulé dans le livret d'accueil que cette prestation de transport peut être proposée en fonction du domicile de la personne et des possibilités de la structure.

Pour encadrer la prestation, je travaille en équipe sur l'élaboration d'une procédure transport reprenant, notamment, les numéros utiles, le circuit de ramassage, la prise en charge de la personne, la gestion des cas de refus, des cas de malaises, des cas de pannes. Comme toute procédure, ce document permet d'offrir un cadre aux professionnels pour des pratiques communes, de les rassurer en les guidant sur la gestion d'éventuels incidents.

3.2.2 Adapter la réponse aux besoins des personnes

Le projet de service de l'ADJ, développé autour de ses projets d'accompagnement individualisés, son organisation et son projet d'animation, s'inscrit dans la volonté d'apporter une réponse adaptée aux bénéficiaires.

A) Le projet d'accompagnement personnalisé

Un questionnaire d'accueil, véritable recueil de données, est remis et complété par la personne ou sa famille, ce qui permet à l'équipe d'avoir une connaissance fine de la personne afin de pouvoir lui proposer un accompagnement personnalisé et des prestations les plus proches possibles de ses centres d'intérêt. Les sujets abordés sont variés : nombres d'enfants, de petits-enfants, type d'habitation, loisirs passés et présents, profession, voyages, vie associative, présence d'un animal de compagnie... Ce questionnaire est le point de départ du projet d'accompagnement personnalisé (PAP).

L'ADJ est un service particulier, et tout comme l'hébergement temporaire, maillon important de la politique de maintien à domicile, comme stipulé dans la Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. Il n'est ni un simple accueil, ni un hôpital de jour, ni un Ehpad, mais une structure singulière dont les objectifs sont précis et prévus par la réglementation au cœur de cette même circulaire : « *permettre aux personnes*

âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Il s'agit de préserver la socialisation des personnes accueillies, avec l'objectif de maintenir, de stimuler, voire de restaurer partiellement leur autonomie et de permettre une qualité de vie à domicile. »

Chaque personne accueillie étant singulière de par sa personnalité, son histoire de vie, ses pathologies, ses capacités, son environnement familial ou social, les besoins et donc les projets d'accompagnement sont spécifiques, individuels et personnalisés.

L'enjeu est donc ici de créer un PAP prenant en compte la spécificité du service et de la personne accueillie, et qui servira de fil rouge à son accompagnement, conformément aux recommandations de l'Anesm¹⁴⁴.

L'HAS recommande que ce projet soit mis sur pied en collaboration avec la personne et sa famille, et qu'il prévoit des activités thérapeutiques, mais non médicamenteuses, valorisantes, socialisantes, en adéquation avec ses centres d'intérêt actuels et futurs, permettant également l'écoute et le dialogue. Le PAP prend également en compte le niveau de dépendance de la personne et les aides à mobiliser (repas, prise des médicaments, mobilité...) ¹⁴⁵.

Je souhaite fortement que ces PAP soient rapidement mis en œuvre car ils sont le garant d'un accompagnement adapté, répondant aux attentes et aux besoins de la personne accueillie, mais aussi de son aidant proche. Il offre également un cadre d'intervention à l'équipe, un regard et des objectifs communs. Par exemple, dans mon soutien à l'équipe, je suis parfois confrontée à son sentiment d'impuissance, d'échec, voire sa déception quant à son impossibilité de faire participer une personne, à un stade avancé de la MA, aux activités proposées. J'essaie alors de rassurer les agents et je leur demande de se référer au projet personnalisé. Dans certains cas, la seule présence de la personne à l'ADJ lui est bénéfique de par l'émulation du groupe, mais est également bénéfique à son aidant proche à qui l'on offre du répit. Le projet d'accompagnement est, dans la plupart des cas, construit autour de ces deux bénéficiaires.

Dans la pratique, chaque personne accueillie bénéficie de ce PAP, formalisé dans le logiciel de gestion des soins, Netsoins. Il est mis en place 1 mois après l'admission de la personne, en équipe pluridisciplinaire (l'IDE référente, la psychologue, une AS) qui se base sur le questionnaire d'accueil remis lors de l'admission et complété par la famille, et sur les observations de l'équipe au cours des premières semaines d'accueil (annexe 23).

¹⁴⁴ Anesm. 2008. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. [visité le 07.07.2018], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

¹⁴⁵ HAS. Les pratiques spécifiques à l'accueil séquentiel. [visité le 21.07.2018], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/accueil_sequentiel_extrait.pdf

B) La souplesse dans les horaires et les journées de fréquentation

Il est clairement demandé, dans le DIPC, que les personnes accueillies viennent à l'ADJ à des journées et horaires fixes et convenus en amont. Ceci permet au service de s'organiser selon des plannings préétablis, de répartir équitablement les admissions sur la semaine. Cependant, je souhaite que l'équipe de l'ADJ offre un maximum de souplesse aux bénéficiaires et à leur famille afin de s'adapter, sans pour autant désorganiser le service, aux contraintes des personnes. Plusieurs exemples peuvent venir en illustration :

- ❖ S'il arrive à une personne de ne pouvoir venir le jour défini, l'IDE propose une autre journée dans la semaine afin d'éviter de facturer la journée de réservation.
- ❖ Lorsqu'un jour de semaine est un jour férié, l'IDE propose aux familles une nouvelle programmation pour la semaine, afin que l'aidant puisse quand même bénéficier d'une journée de répit hebdomadaire.
- ❖ Mme N. a beaucoup de mal à se réveiller le matin. Elle rejoint l'équipe en fin de matinée, souvent vers 11h00, afin de ne pas perturber ses habitudes.
- ❖ Mme B., aidante de M. B. accueilli deux fois par semaine à l'ADJ, nous a confié son époux, pour une durée d'une heure, pour se rendre à un rendez-vous de radiologie.

C) Un projet d'animation étoffé

Etymologiquement, le terme animation vient du latin *animare* (donner de la vie) ou *anima* (souffle, vie)¹⁴⁶. L'animation en ADJ est plus couramment appelée activité thérapeutique ou approche non médicamenteuse. Il n'en reste pas moins que, pour la personne accueillie, c'est bien un souffle de vie, de renouveau, qui est avant tout recherché. C'est alors aux professionnels de combiner dans ces activités, à la fois l'enthousiasme et le travail des capacités cognitives et physiques. Les ateliers proposés sont pensés en GT composé de la psychologue, l'ergothérapeute, l'IDE référente et une AS de l'ADJ. Ils sont classés selon 9 grands thèmes répondant aux exigences de la circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 et allant des ateliers de maintien en forme, jusqu'à l'activité culturelle en passant par l'atelier cuisine (annexe 24). Ces ateliers sont ensuite organisés tout au long de la semaine afin de varier au maximum les approches (deux types d'activité par jour) puis, la semaine suivante, décalés de deux journées, afin que les personnes accueillies bénéficient d'un roulement équilibré des activités. Ainsi, un programme hebdomadaire des animations est mis en place sur 5 semaines par l'IDE et affiché à l'ADJ afin d'en informer les familles et les personnes accueillies (annexe 25). Les

¹⁴⁶ Wiktionnaire. Animer. [visité le 11.08.20018], disponible sur Internet : <https://fr.wiktionary.org/wiki/animer>

aidants sont également informés des animations et des repas de la journée via un cahier de liaison mis en place entre l'ADJ et les proches.

3.2.3 Adopter une communication efficace

Le nouveau service d'ADJ doit se faire connaître auprès des utilisateurs, des bénéficiaires, mais également des professionnels accompagnant les personnes âgées car ils sont conseillers et prescripteurs. Vu l'implantation nouvelle de l'ADJ, il est indispensable de développer une communication efficace auprès de tous ces partenaires afin de construire un réseau stable et une notoriété solide.

« La communication, c'est ce qui permet de communiquer, d'établir des liens et des relations. C'est l'échange, la transmission d'information et d'énergie, c'est la mise en commun, le message, ce sont aussi les voies et les moyens de communication. La communication relève de la relation, du fait de relier, mais également de pouvoir se comprendre, voire s'entendre...¹⁴⁷ ».

Cette définition me permet de prendre la mesure de l'importance de la communication au cœur d'une structure, qu'elle soit interne ou externe. Tout ce qui se joue autour de ce concept est fondamental pour la vie du service. Sans communication, il ne peut y avoir de lien et dans mon esprit, sans lien, il ne peut tout simplement rien se passer, surtout dans nos métiers du secteur social et médico-social. La circulation d'informations fait également circuler les énergies, que je me représente comme la motivation, l'envie de faire, de faire bien, d'apporter un sens et des valeurs à l'accompagnement pluridisciplinaire des personnes vulnérables. Une communication efficace débouche également sur l'entente et la compréhension, c'est-à-dire le partage d'une mission commune, un regard collectif tourné vers le même objectif, celui porté par le projet d'établissement.

La communication formelle de RMK est construite autour de différents outils (annexe 27).

A) La communication interne

En interne, la communication a pour cible le conseil d'administration, les salariés, les représentants du personnel, les résidents et leurs familles, les bénévoles.

Elle prend forme autour de canaux variés : réunions du CA, réunions des instances représentatives du personnel, temps de transmissions orales, transmissions écrites, notes de service affichées en salle de pause et en salles de soins, instances permettant

¹⁴⁷ Lefèvre P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, p. 273

l'expression des résidents et des familles comme le CVS, la commission des menus, autour du journal interne « La Gazette des Résidents ».

Pour communiquer plus précisément autour de l'ADJ et accompagner ce changement d'offre de service, j'organise une réunion plénière en tout début de projet, invitant l'ensemble des salariés, en présence du président du CA. Cette présence me permet d'appuyer la volonté du CA de faire évoluer l'offre de RMK, de montrer aux salariés que le CA et moi-même avons une vision commune qui nous permette de nous réjouir de ce nouveau projet et des projets à venir. L'invitation et l'ordre du jour que je construis sont affichés en salle de soins et en salle de pause et reprennent les points suivants : présentation de l'AAP, annonce de la candidature de RMK retenue, présentation de l'ADJ (missions, public, fonctionnement, objectifs), annonce des travaux programmés, des délais, du recrutement, temps d'échanges qui me permet de répondre aux questions des agents.

Dans un deuxième temps, et tout au long du projet, chacun des canaux de communication interne est pour moi l'occasion de faire un point sur l'ADJ afin que tous les acteurs ciblés soient régulièrement informés de l'avancement du projet, de ses objectifs. Je suis tout particulièrement attentive à ce que les agents soient régulièrement informés afin de leur permettre de s'approprier ce changement et ce projet de l'ADJ comme faisant partie intégrante de la structure, dans l'objectif ultime de créer une cohésion forte entre tous les services de l'Ehpad. De plus, il m'apparaît indispensable que les agents soient informés en priorité de l'actualité de leur établissement par rapport au reste de la population du secteur.

Je souhaite par cette communication accompagner le passage vers ce nouveau modèle dans les missions de RMK mais reste néanmoins très attentive à ne pas donner l'impression aux agents que l'ADJ est devenu l'unique priorité de l'Ehpad. L'information diffusée doit rester raisonnablement proportionnelle à l'activité de l'ADJ et ne pas occulter les problématiques ou projets afférents à l'accompagnement des résidents de l'Ehpad.

B) La communication externe

En externe, les cibles de la communication sont le public en général, l'ARS et le CD67, les partenaires.

Les canaux actuellement utilisés sont les sites officiels tels que le portail destiné aux personnes âgées <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr> et le site <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>, plateforme permettant aux personnes ou aux professionnels à la recherche d'un hébergement en Ehpad de saisir une seule et unique demande qui pourra ensuite être visualisée par plusieurs établissements. Ceci me paraît insuffisant et non adapté à l'ADJ. C'est pourquoi je décline un plan de communication plus étoffé et décrit plus bas.

Les autres moyens de communication sont les contacts réguliers, en réunion ou par téléphone, avec les autorités de tarification, qui sont l'occasion de faire un point d'étape sur l'avancement du projet.

Je suis persuadée que pour mener une communication efficace, il faut en quelque sorte occuper le terrain en usant de tous les canaux possibles, afin de ne pas laisser place aux suppositions ou craintes injustifiées que les agents ou personnes accueillies pourraient échafauder. J'ai néanmoins pleinement conscience qu'il est difficile d'empêcher la communication informelle, mais aussi qu'il n'est pas aisé de toucher l'ensemble des personnes cibles.

J'envisage d'enrichir la communication existante au sein de RMK par plusieurs actions concrètes, à commencer par la création d'un site internet. Je pense qu'à l'heure de la domotique et de l'intelligence artificielle, toute structure doit être dotée d'un site lui permettant de communiquer vers l'extérieur. Elle doit pouvoir afficher ses missions, ses valeurs, la qualité de son accompagnement, ses animations passées et futures, son actualité et pourquoi pas, en toute transparence, ses difficultés et les axes d'amélioration envisagés. Nous vivons dans un monde où l'information circule, où la population a des connaissances multiples, et a également légitimement besoin de savoir et de comprendre l'accompagnement de son proche vulnérable. Parallèlement, ce site internet devra me permettre la création d'un intranet (site interne à l'établissement et accessible uniquement aux agents) que j'utiliserai comme un support de communication interne afin de cibler l'ensemble du personnel. Je compte utiliser ce canal pour véhiculer de l'information officielle (compte rendu de réunion, actualité, ...) mais aussi pour y faire vivre un espace de messages positifs et stimulants, et y transmettre, par exemple, mes encouragements aux équipes après une période difficile d'épidémie de grippe ou pour saluer une évolution favorable de l'absentéisme.

Plus spécifiquement pour l'ADJ, j'étoffe régulièrement mon plan de communication afin d'affiner les messages, de développer le nombre de professionnels ciblés, de profiter de toute occasion qui m'est offerte pour parler et faire parler de ce nouveau service. Le plan de communication externe comprend les objectifs, les supports utilisés, les personnes ciblées, et une évaluation (annexe 28).

3.2.4 Créer un réseau de partenaires

L'ADJ est un des maillons du maintien à domicile des personnes âgées et ne peut en aucun cas soutenir à lui seul tout le projet de vie du bénéficiaire. L'ADJ fait partie d'un réseau de professionnels qui œuvrent dans ce sens, et qui sont tous partenaires dans la réalisation d'un objectif commun et partagé : permettre le « vivre chez soi » et le « bien

vieillir ». Ces partenaires ont été listés dans la partie diagnostic des dispositifs intervenant à domicile (point 2.1.2).

Je m'attache à maintenir des relations régulières avec tous ces partenaires car je suis convaincue que c'est à travers nos échanges et la mise en commun de nos observations et de nos ressources, que la qualité globale du soutien à la personne pourra être optimale. L'Anesm a d'ailleurs pointé cette nécessité et recommande que « *L'accueil de jour soit particulièrement attentif à s'inscrire dans le réseau existant en coordination avec les professionnels intervenant au domicile et le médecin traitant, afin de mettre en œuvre un accompagnement cohérent et global, adapté à la situation et aux attentes des personnes et de leurs aidants*¹⁴⁸ ».

A) Les services d'aide et de soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile jouent un rôle essentiel pour le repérage des besoins¹⁴⁹ de la personne et peuvent avoir une influence certaine sur les personnes vulnérables, qu'elle soit positive ou négative et ceci démontre à quel point la communication est importante auprès de tous les partenaires potentiels afin de donner une image fidèle des bienfaits et du fonctionnement d'un ADJ.

Le partenariat doit bien entendu avant tout être profitable aux personnes accueillies, mais aussi aux structures, à leur pérennité. Ainsi, si les services à domicile permettent aux ADJ de se développer car ils sont prescripteurs, inversement, l'ADJ également leur apporte des bénéficiaires : soit par le repérage de personnes ayant besoin de soins à domicile, soit par la nécessité pour une personne d'être véhiculée à l'ADJ par un.e accompagnant.e éducatif.ive et social.e (AES).

B) La plateforme de répit Rivage

Comme évoqué au point 2.1.2, F, la plateforme de répit Rivage de Sélestat n'intervient pas dans les environs de Barr par défaut de structure d'appui. Persuadée de la qualité et de la nécessité de ses prestations, et de la complémentarité de ses actions avec celles de l'ADJ, je décide de lui ouvrir les portes de l'Ehpad afin que sa coordinatrice, Mme E., et sa psychologue, Mme F., puissent organiser une formation à destination des aidants. Cette formation (annexe 29) se déroule sur 6 semaines, de mai à juin 2018. Un bilan plus approfondi sera fait cet automne avec l'équipe de Rivage, l'IDE référente de l'ADJ et moi-

¹⁴⁸ Anesm. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. [visité le 07.07.2018], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf

¹⁴⁹ n°DGCS/SD3A/2011/444 http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0119.pdf

même. Ce point sera destiné à analyser les retours de la prestation aussi bien pour Rivage que pour l'ADJ.

Ce partenariat est une opportunité pour moi d'ouvrir l'Ehpad vers l'extérieur, de faire venir d'autres personnes et d'autres professionnels en son sein, ce qui est également source de reconnaissance et de dynamique positive vis-à-vis de tous les agents de RMK.

C) La MAIA, le PRAG

Ces dispositifs sont des maillons du maintien à domicile des personnes en difficultés et le partenariat réciproque qui nous lie est précieux pour la personne accueillie. L'ADJ accueille aujourd'hui 4 personnes suivies à domicile par la MAIA et des contacts téléphoniques réguliers ont lieu avec l'IDE référente en cas de soucis. Je pense, pour améliorer l'accompagnement de la personne, mettre en place avant la fin de l'année, des rencontres régulières de concertation entre les gestionnaires de cas et l'IDE référente de l'ADJ. Une réunion a déjà eu lieu avec les gestionnaires de cas MAIA du secteur, l'IDE référente, la cadre de santé et moi-même afin de faire une présentation réciproque des prestations et une visite des locaux. La pilote MAIA a eu l'occasion de venir visiter la structure lors de la soirée d'inauguration que j'ai organisée en avril 2017.

Le PRAG suit également des personnes à domicile mais ses missions sont avant tout de venir en soutien aux médecins traitants. J'ai moins de contacts avec ce service, pour autant, l'infirmière coordinatrice du secteur était présente à l'inauguration de l'ADJ en avril 2017, connaît et apprécie notre offre de service.

D) Alsace Alzheimer

Je garde des contacts réguliers avec cette association : inauguration de l'ADJ, inauguration de leurs nouveaux locaux à Strasbourg, présence de Mme S., bénévole du secteur lors de la journée porte ouverte de l'ADJ à l'occasion du mois des aidants en septembre 2017. De plus, Mme S. assure une permanence mensuelle à la mairie de Barr pour accueillir le public et répondre à ses questions.

Dans le même ordre d'idée, je pense développer mon réseau en prenant contact prochainement avec l'association France Parkinson Alsace¹⁵⁰ car les personnes atteintes de maladies neurodégénératives et leurs aidants sont également des bénéficiaires potentiels de l'ADJ.

¹⁵⁰ <http://www.franceparkinson.fr/dernieres-nouvelles-de-france-parkinson-alsace/>

3.3 L'évaluation

3.3.1 L'évaluation, partie intégrante du processus qualité

L'évaluation fait partie du processus qualité du service, c'est-à-dire d'une démarche d'amélioration continue de l'accompagnement des personnes accueillies. Cette notion d'évaluation s'est dessinée dans un contexte politique où la volonté gouvernementale, exprimée à travers la loi LOLF, loi organique sur les lois de finance, du 1^{er} août 2001, était d'inscrire l'action publique dans une perspective de performance, de contrôle et d'évaluation des politiques publiques. En 2007, la RGPP, révision générale des politiques publiques, vient renforcer la tendance en visant essentiellement l'amélioration de la qualité de service rendu aux usagers, la diminution des dépenses publiques, la modernisation de la fonction publique¹⁵¹.

L'évaluation devient une obligation légale au sein de la loi du 2 janvier 2002, reprise à l'article L116-1 du CASF : « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir (...) 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 (...) en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées (...)* ». Elle instaure deux types d'évaluations distinctes et obligatoires sur la durée de l'agrément : 3 évaluations internes et 2 évaluations externes sur 15 ans. Les résultats de ses évaluations sont communiqués à l'autorité qui a délivré l'autorisation.

Concernant l'ADJ, aucune évaluation « officielle » n'est menée, mais après une année de fonctionnement, il me semble indispensable de réaliser un état des lieux reprenant des critères et indicateurs précis, afin d'apprécier la qualité du service rendu à travers la satisfaction des personnes accueillies ou encore le degré de réponse aux besoins à travers le taux d'occupation. Cette évaluation représente également un outil managérial d'où je peux extraire la valeur des actions menées, afin d'apporter valorisation et reconnaissance à l'équipe et à leur travail, d'où je peux également extraire des manquements pour lesquels il faudra, sans viser de sanction, élaborer des réajustements.

3.3.2 Une évolution positive du service

Afin de mener cette démarche d'évaluation, je mets en place un tableau de bord (annexe 30), reprenant les critères qui me semblent pertinents au regard des objectifs inscrits dans le projet d'établissement et que je souhaite évaluer, les outils mis en place et les indicateurs.

¹⁵¹ Loutrel F., 2018, *Evaluation et démarche qualité*. Intervention Cafdes.

L'évaluation de ces critères me permet de mettre en valeur les résultats suivants.

A) La satisfaction des personnes accueillies et des aidants proches

Un questionnaire de satisfaction est élaboré en GT (psychologue, IDE référente et AS de l'ADJ) et remis aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté l'ADJ. Au total, 37 questionnaires distribués, et 21 réponses enregistrées : soit un taux de retour de 57 %. Cette participation me semble assez faible, mais je ne l'impute pas à un désintérêt mais plutôt, pour certaines personnes âgées, à une difficulté de compréhension des consignes. De plus, parmi les personnes sollicitées, certaines n'ont plus recours à l'ADJ, ce qui peut diminuer leur motivation à répondre. Ainsi, si je ramène le nombre de 21 réponses au nombre de 24 personnes bénéficiant de l'ADJ au mois de mai 2018, j'obtiens un taux de réponse beaucoup plus satisfaisant de 87 %.

En résumé, je relève les taux de satisfaction suivants :

- ❖ Le fonctionnement : 89 % - Tout à fait satisfait
- ❖ Les professionnels : 98 % - Tout à fait satisfait
- ❖ Les repas : 82 % - Tout à fait satisfait
- ❖ Les activités : 74 % - Tout à fait satisfait
- ❖ Le transport : 95 % - Tout à fait satisfait
- ❖ L'atteinte des objectifs de l'ADJ : 100 %
- ❖ Les freins à l'ADJ : 75 % des personnes invoquent le prix comme frein à la fréquentation de l'ADJ
- ❖ L'arrêt de l'ADJ : 78 % des personnes répondent que la dégradation de l'état de santé serait une raison de stopper l'ADJ.

Je dois apporter une précision quant à l'item « atteinte des objectifs ». Seuls 50% des questionnaires ont été renseignés sur ce thème, certainement du fait de la difficulté d'appréhension du concept. Cependant, un regard plus poussé me permet d'affirmer que l'ensemble des personnes espérant trouver répit et socialisation en faisant appel à l'ADJ, confirment avoir entière satisfaction. La réunion des familles, que je décide d'organiser d'ici fin 2018, est également une opportunité de recueillir, sous une forme orale et plus informelle, la satisfaction et l'atteinte des objectifs des personnes.

J'analyse, d'une manière générale, ces résultats comme étant très positifs dans l'ensemble. Il convient d'encourager l'équipe à poursuivre ses efforts dans cette direction. Les points à améliorer se situent au niveau des activités où les réponses sont plus mitigées au regard de l'information diffusée. Un GT y travaille actuellement pour renforcer la communication auprès des familles sur ce qui se fait à l'ADJ, et affiner l'offre du service en fonction des degrés d'atteintes cognitives. Ce GT a recours à la plateforme

collaborative « CultureàVie », initiative portée par la CNSA et la CD67 qui permet aux professionnels de l'animation d'accéder à une banque de contenus, de partager des expériences afin d'améliorer la vie sociale et culturelle des aînés¹⁵².

B) La socialisation des personnes, le maintien des capacités physiques et cognitives
Les activités offertes aux bénéficiaires revêtent chacune au moins un des objectifs de la circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 (annexe 24). Le GT dédié à ce thème continue d'élaborer des approches qui respectent la préconisation de mettre en place des activités selon quatre types d'actions :

« *Des activités visant la stimulation cognitive.*

Des activités et des actions favorisant une meilleure nutrition des personnes âgées dépendantes.

Des actions contribuant au bien-être et à l'estime de soi.

Des activités physiques. »

89 % des personnes accueillies et des aidants proches sont satisfaits des activités proposées et 87 % peuvent constater une amélioration de leur comportement ou de leur capacités physiques (ou ceux de leur proche).

Même s'il est difficile de constituer un planning hebdomadaire autour de groupes cohérents tenant compte du degré de dépendance des personnes (point 3.1.1), des sous-groupes homogènes sont systématiquement constitués afin de permettre l'émergence de liens sociaux adaptés et valorisants pour les participants.

C) La qualité de l'accompagnement

Chaque personne fréquentant l'ADJ bénéficie d'un PAP qui est établi dans le mois qui suit son admission. Ce délai est nécessaire à la fois à l'équipe pour faire connaissance avec l'intéressé et pour avoir le temps de se réunir, et à la personne pour s'habituer au cadre et se sentir en confiance. A ce jour, 32 projets d'accompagnement ont été établis. La réglementation précise que les PAP sont co-signés par la personne elle-même, son représentant légal, le représentant de la structure, et le référent. A ce jour, les PAP sont mis en place par l'équipe pluridisciplinaire, avec recherche du consentement de la personne quand cela est possible. Cependant, les documents ne sont ni signés, ni présentés aux familles. Ce manquement est dû à un problème d'organisation et d'effectifs insuffisants dans la structure (les projets de vie des résidents de l'Ehpad en sont au même point). Mes pairs du secteur expriment les mêmes difficultés. L'existence d'un PAP pour chaque personne accueillie représente un investissement soutenu de la part des

¹⁵² CultureàVie. [visité le 22.08.2018], disponible sur Internet : <http://www.culture-a-vie.com/>

équipes et l'on peut déjà s'en féliciter. J'envisage, courant 2019, de mener une réflexion en GT qui devrait nous aider à repenser la création même des PAP, les rendre moins chronophages, afin de dégager du temps pour un partage plus efficace avec la personne et sa famille.

D) Une situation financière viable

Le premier compte de résultats 2017 (annexe 26) dégage en résultat positif de 5 300 € mais n'est pas représentatif de l'activité réelle de l'ADJ dans une situation d'occupation optimale. En effet, la montée en charge s'est faite progressivement grâce au plan de communication réalisé (point 3.2.3). Le compte de résultat 2018 sera beaucoup plus parlant et en cohérence avec l'activité d'un ADJ.

E) Un taux d'occupation en hausse régulière

Entre avril et octobre 2017, l'ADJ est ouvert 3 journées par semaine (mardi, jeudi et vendredi) et 4 journées par semaine à partir de novembre. Je décide de cette ouverture progressive afin de limiter les coûts de fonctionnement (surtout la charge salariale) et de pouvoir constituer des groupes suffisamment conséquents pour créer des échanges et de l'émulation entre les personnes accueillies.

Le service enregistre, fin 2017, un taux d'occupation de 63%.

Il faut attendre février 2018 pour que le service présente une file active suffisamment importante de 24 personnes pour ouvrir 5 journées par semaine. Ainsi, en avril 2018, après une année d'ouverture, le taux de fréquentation prévisionnel atteint 85 %, et le taux de fréquentation réel atteint 75 % (ce taux est plus faible que le prévisionnel car prend en compte les absences des personnes inscrites). Ces niveaux sont tout à fait acceptables par rapport à l'objectif de 80 % fixé par l'ARS.

En une année, des journées d'essai sont proposées à 6 personnes / familles hésitantes quant à la fréquentation de l'ADJ. Sur les 6 personnes, seules deux ne souhaitent pas revenir (une pour des raisons financières, et la deuxième car le principe ne lui convient pas). Au vu du taux de retour positif, cette formule de journée d'essai est probante.

Entre avril 2017 et août 2018, 14 personnes ont quitté l'ADJ pour des raisons de baisse de l'état général avec ou non entrée en institution, 4 personnes pour des raisons de non acceptation de l'ADJ, et 1 personne pour des raisons financières (le dossier APA étant trop long à se mettre en place, la famille a décidé de suspendre la prise en charge).

Aucune personne n'a diminué sa fréquentation, par contre, sur cette même période de presque 18 mois, 10 personnes ont augmenté leur nombre de journées hebdomadaires, et 3 bénéficiaires sont encore en attente de la révision de leur dossier APA en faveur d'une augmentation de leur fréquentation.

J'analyse toutes ces données comme étant très positives et représentatives de la satisfaction des personnes accueillies et de leurs aidants proches, qui ressentent tous deux les bénéfices de l'ADJ.

F) Un impact positif du plan de communication

Le plan de communication échafaudé a eu des impacts positifs, à n'en pas douter, qui restent néanmoins difficiles à évaluer, à moins de mener une enquête de notoriété approfondie, ce qui n'est pas réalisable dans notre secteur d'activité. Malgré cela, l'enquête de satisfaction nous montre que la connaissance de l'ADJ grâce aux articles de presse vient en deuxième position avec 20 % des personnes, derrière le médecin traitant (33 %). Le bouche à oreille et les autres professionnels libéraux viennent à égalité en troisième position (15 %).

Parallèlement, l'IDE référente me confirme l'information que, lors de ses contacts téléphoniques ou en face à face, les personnes font le plus souvent référence à la presse ou à leurs médecins traitants.

Les efforts de communication doivent être persévérants pour atteindre de nouvelles personnes potentiellement intéressées, ou de nouveaux professionnels du secteur. Comme déjà évoqué, l'ADJ accompagne des personnes vulnérables et le renouvellement du public accueilli doit être régulier pour assurer la pérennité de l'offre de service.

G) Un partenariat dynamique

Les relations établies avec les partenaires institutionnels (ARS et CD67) ont été très fructueuses tout au long de ce projet grâce à une compréhension mutuelle des difficultés rencontrées par les uns et les autres. Je prends pour exemple la surcharge de travail de mes interlocuteurs de l'ARS du fait de leur changement d'organisation suite à la création de la région Grand Est, ou encore de nos légers retards dans les travaux par manque de disponibilité des corps de métiers. Au final, l'ADJ ouvre ses portes avec un retard acceptable d'un mois par rapport à l'objectif initial.

Le développement du partenariat professionnel me permet de faire des rencontres enrichissantes et de mettre en œuvre des actions communes visant le bien-être des aidants et aidés du secteur. A ce jour, je n'ai signé aucune lettre d'intention ou convention avec les partenaires. J'ai bien conscience qu'il s'agit d'une recommandation législative mais préfère me laisser le temps de cerner correctement les contours des partenariats, les attentes et les ressources des acteurs. Je pense pouvoir mettre en place cette phase d'ici la fin de l'année 2018.

Je peux répertorier, en l'espace de 12 mois, les actions / rencontres suivantes :

- ❖ Réunions avec 5 acteurs du domaine des services à domicile du secteur (PA Services de Stotzheim, SSIAD Croix Rouge de Gertwiller, Ademain de Barr, Tout à Dom et l'antenne Abrapa d'Obernai).
- ❖ Contacts réguliers avec les travailleurs sociaux de la maison départementale de l'autonomie (MDA) pour le déclenchement ou la révision de 12 dossiers APA en vue de l'inscription (ou de l'augmentation) de journées d'accueil en ADJ sur le plan d'aide mensuel.
- ❖ Participation régulière aux rencontres ou groupe de travail MAIA : petits déjeuners, projets SICODOM (Système d'Information pour la Coordination des soins à Domicile), T' KI ? (matinée de présentation des structures du secteur) ou ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources).
- ❖ La formation Rivage (point 3.2.4, B) a été un franc succès de par le grand nombre de participants (Rivage a dû refuser des demandes). J'ai également croisé quelques aidants qui m'ont exprimé leur satisfaction, d'autres qui regrettent de ne pas avoir pu y participer, ou encore une personne qui nous a confié son papa pour soulager sa maman. Une action supplémentaire est sur le point de voir le jour grâce à un financement supplémentaire de l'ARS accordé à Rivage. Il s'agit de deux sessions de groupes de paroles, pour les aidants, prévues sur octobre et décembre 2018.
- ❖ Une formation dispensée par Alsace Alzheimer au sein de RMK est en cours d'élaboration. Même si elle est particulièrement ciblée sur la MA, elle peut être complémentaire à la formation Rivage car les sessions auront lieu en début de soirée, ce qui pourrait intéresser des aidants encore en activité professionnelle qui n'ont pas pu participer à notre première action de formation.

Suite à cette première évaluation, je reste extrêmement confiante quant à la réussite du projet d'ADJ qui s'inscrit dans une réalité politique, démographique, et humaine.

Conclusion

Même si je peux aujourd'hui affirmer qu'après une année de fonctionnement, le service d'ADJ est un succès, je garde à l'esprit que l'environnement peut évoluer vers des hypothèses qui constitueraient un frein à son développement ou à sa pérennité. Ainsi, je décide d'entretenir une veille active sur les hypothèses suivantes :

- ❖ Les services à domicile étant prévus sur le même plan d'aide mensuel APA que l'ADJ, ces deux dispositifs se trouvent en quelque sorte en concurrence. Cette situation peut nuire au développement du partenariat.
- ❖ Dans le contexte de remaniement des aides sociales annoncé ce printemps par le gouvernement, je peux imaginer que l'APA soit, à terme, récupérable sur la succession. Ce changement influencerait le recours à cette allocation, laissant un reste à charge plus élevé pour les familles et induisant ainsi une baisse de fréquentation.
- ❖ Dans le même esprit, si le gouvernement décide de donner un coup de rabet sur les pensions de réversions, beaucoup de veuves subiraient une baisse de leurs revenus.
- ❖ Le CD étant responsable de l'aide à l'autonomie pour les personnes âgées de son département, notamment via l'APA, il peut décider de réorienter ses crédits et d'investir moins dans ce budget au profit d'un autre (petite enfance, immigration) en fonction des évolutions imposées par l'environnement.
- ❖ La domotique en direction du maintien des personnes âgées à domicile se développe actuellement à travers des dispositifs de sécurité, de confort, de santé comme la webcam, l'automatisation de l'éclairage, de l'ouverture/fermeture des portes ou volets, des capteurs de mouvement, etc. Bien que la domotique ne remplace pas le contact humain, elle reste néanmoins facilitatrice du maintien à domicile et consommatrice de budget et peut ainsi venir heurter la raison d'être de l'ADJ.

Toutes ces hypothèses n'auront peut-être jamais d'impacts délétères sur le service. Je reste néanmoins attentive à l'actualité afin de pouvoir les classer en tendance lourde, incertitude majeure ou signal faible selon leur évolution et envisager les réajustements appropriés.

L'extension de notre offre vers les personnes vivant à domicile n'est que le début d'un développement de nos missions envers les personnes âgées dépendantes.

En effet, les Ehpad sont voués à évoluer vers des solutions d'hébergement innovantes qui correspondent davantage aux aspirations de la population. On ne peut plus imposer à une personne de 85 ans un changement d'environnement qu'elle ne choisit pas. Il faut bien se

rendre à l'évidence que les admissions en Ehpad sont plus souvent le fait d'une décision familiale que d'une volonté personnelle et consentie, alors même que les personnes âgées choisissent prioritairement de rester à domicile, d'adapter les aides et environnement à leur perte d'autonomie, plutôt que d'accepter une institutionnalisation synonyme, dans leur esprit, de coût, de perte à la fois de liberté de choix et de qualité de vie.

Les orientations futures des Ehpad doivent se tourner vers un accompagnement pluridisciplinaire prenant forme autour de la personne qui peut rester dans son lieu de vie habituel et choisi (domicile, foyer-logement, béguinages¹⁵³). Elles doivent garantir une prise en charge jusque-boutiste adaptée et au plus près de l'évolution de la dépendance jusqu'à la fin de vie. Et qui mieux que les professionnels de l'accompagnement de la perte d'autonomie peut penser cette conception innovante ? Les nouveaux modes d'accompagnement devront notamment faire face à un défi qualitatif et quantitatif majeur d'ici 2030 : la dépendance des baby-boomers.

Pour RMK, deux projets importants se profilent dans un avenir proche. Le premier est la restructuration architecturale de l'établissement dont les bâtiments sont vétustes et peu adaptés à une prise en charge optimale des personnes. Le deuxième est la signature du premier CPOM de l'établissement, qui prendra effet en 2021 en succession de la convention tripartite actuelle. Je compte combiner ces deux projets afin de proposer une réflexion architecturale et financière pour le développement ambitieux, et inédit sur le territoire, d'une plateforme d'offres de services que j'imagine organisée en deux pôles. Un pôle « soins » prendra en charge des dépendances de plus en plus lourdes au sein de l'Ehpad qui aura des besoins en ressources humaines et technicité similaires aux unités de soins de longue durée (USLD). Un pôle « domicile » offrira des solutions de type accueil de jour, accueil de nuit, relayage, soins à domicile.

Toutes ces réflexions restent à mener avec les autorités de tarification et les partenaires du secteur, mais constituée, j'en suis persuadée, une approche réaliste et réalisable de ce que doit représenter l'Ehpad de demain.

¹⁵³ Voir glossaire

Bibliographie

Sites internet

ARS. Offre de santé. Champs de la personne âgée [visité le 15.10.2016], disponible sur Internet : <http://www.ars.alsace.sante.fr/Champ-de-la-personne-agee.172333.0.html>

Assurance Maladie. Référentiel qualité. Gestion du risque « Maltraitance ». 2009. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : http://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_risque_maltraitance.pdf

CNSA. Objectifs Bulles : les clés pour mettre en place un service de répit à domicile [mis à jour le 24.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.cnsa.fr/soutien-a-la-recherche-et-a-l-innovation/zoom-sur/objectifs-bulles-les-cles-pour-mettre-en-place-un-service-de-repit-a-domicile>

Commission européenne. Vieillesse active. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=fr>

Commission européenne. Politique du vieillissement. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/intro_fr.htm

Conseil départemental Bas-Rhin. La programmation européenne en faveur du vieillissement. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <http://silvereconomie.bas-rhin.fr/les-marches-silver-economie-et-l-europe/notre-engagement-europeen/la-programmation-europeenne-en-faveur-vieillesse/>

Conseil départemental Bas-Rhin. Solidarités. Maladie d'Alzheimer. [visité le 21/10/2016], disponible sur Internet : <http://www.bas-rhin.fr/solidarites/personnes-agees/maladie-d-alzheimer>

Conseil départemental du Bas-Rhin. Devenir accueillant familial. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.bas-rhin.fr/solidarites/personnes-agees/vie-en-etablissement-ou-en-famille-d-accueil/devenir-accueillant-familial>

CultureàVie. [visité le 22.08.2018], disponible sur Internet : <http://www.culture-a-vie.com/>

DREES. Rapports publics. Personnes âgées, handicap et dépendance. L'allocation personnalisée d'autonomie. Dépenses de l'APA : série longue 2003-2013. [visité le 22.10.2016], disponible sur Internet : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

Durand A., Quel bilan pour les différents plans Alzheimer ? [visité le 07.11.2016], disponible sur Internet : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/11/14/quel-bilan-pour-les-differents-plans-alzheimer_4523889_4355770.html

emarketing. SWOT. [visité le 12.12.2017], disponible sur Internet : <http://www.emarketing.fr/Definitions-Glossaire/SWOT-243281.htm#rE1II5CuWsTrHIIY.97>

eurostat. Structure et vieillissement de la population. [visité le 14.06.2018], disponible sur Internet : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr#Les_tendances_pass.C3.A9es_et_futures_du_vieillesse_d.C3.A9mographique_dans_l.E2.80.99Union

Fondation Korian. Vieillir n'est pas une question d'âge ! Parole de séniors. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://fondation-korian.com/prendre-de-soin-de-soi-de-interiorite/>

France Alzheimer. Comprendre la maladie. Les traitements. [visité le 15.10.2016], disponible sur Internet : <http://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/les-traitements/194>

France Alzheimer. Déremboursement des médicaments anti-Alzheimer, et après ? [visité le 04.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.francealzheimer.org/deremboursement-des-medicaments-anti-alzheimer-et-apres/>

Fondation Plan Alzheimer. Programmation conjointe sur les maladies neurodégénératives et la maladie d'Alzheimer en particulier : JPND. [visité le 05.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.fondation-alzheimer.org/5-L-International/16-JPND>

Frydel Y. Des revenus plus élevés en Alsace. [visité le 15.11.2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285214>

Gant.com. Qu'est-ce qu'un diagramme de Gantt ? [visité le 15.07.2018], disponible sur Internet : <http://www.gantt.com/fr/>

Gazette santé social. 10 questions sur les responsabilités des directeurs du médico-social. [visité le 07.07.2018], disponible sur Internet : <http://www.gazette-sante-social.fr/6184/10-questions-sur-les-responsabilites-des-directeurs-du-medico-social>

Grossetête F., Amouyel P. Lutte contre la maladie d'Alzheimer : l'Union Européenne en première ligne. [visité le 25.06.2017], disponible sur Internet : http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/09/21/lutte-contre-la-maladie-d-alzheimer-l-union-europeenne-est-en-premiere-ligne_1575101_3232.html

HAS. ALCOVE, un programme de coopération européenne sur la maladie d'Alzheimer. [visité le 25.06.2017], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239488/fr/alcove-un-programme-de-cooperation-europeenne-sur-la-maladie-d-alzheimer

HAS. Les pratiques spécifiques à l'accueil séquentiel. [visité le 21.07.2018], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/accueil_sequentiel_extrait.pdf

Humanis. Qu'est-ce que la dépendance et la perte d'autonomie ? [visité le 01.07.2018, mis à jour le 24.05.20018], disponible sur Internet : <https://essentiel-autonomie.humanis.com/comprendre-perse-autonomie/evaluer/definition-dependance>

Insee. Projection de populations pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. [visité le 2/07/2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

Insee. Évolution et structure de la population en 2013. Intercommunalité-Métropole de CC Barr-Bernstein, paru le 30.06.2016. [visité le 12.11.2016], disponible sur Internet : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020130?sommaire=2106142&geo=EPCI-200034270#POP_T0

Insee. Comparateur de territoire, Intercommunalité-métropole de CC du Pays de Barr. [visité le 28.11.2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200034270>

Insee. Comparateur de territoire. Département du Bas-Rhin (67). [visité le 28/11/2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-67>

Insee. Les niveaux de vie en 2014, paru le 06/09/2016. [visité le 28.11.2017], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121597>

Institut du MAI. Le concept clé : autonomie et dépendance. [visité le 01.07.2018], disponible sur Internet : http://www.le-mai.org/autonomie_dependance.html

Larousse. Coopération. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9ration/19056>

Larousse. Coordination. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordination/19067>

Larousse. Répit. [visité le 05.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/répit/68396>

La Toupie. Solidarité. Un pour tous, tous pour un. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Solidarite.htm>

La Toupie. Biographie de Emile Durkheim. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.toupie.org/Biographies/Durkheim.htm>

Légifrance. Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. [visité le 07.11.2016], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000622485>

Légifrance. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. [visité le 15.11.2016], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte>

Ministère des solidarités et de la santé. Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. [visité le 30.06.2018], disponible sur Internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap>

OMS. La démence. [visité le 25.06.2017], disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

OMS. Vieillesse et santé. [visité le 1/07/2017], disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>

OMS. Bien vieillir : une priorité mondiale. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.who.int/fr/news-room/detail/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>

OMS. Personnes âgées : il est temps d'engager une campagne mondiale pour lutter contre l'âgisme. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/10/16-184960/fr/>

Perez M. Alzheimer : 6 millions de malades en Europe. [visité le 25.10.2017], disponible sur Internet : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/03/31/20147-alzheimer-6-millions-malades-europe>

Sénat. Construire le cinquième risque : le rapport d'étape. [visité le 14.11.2016], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html>

Union Européenne. https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/imi2_fr

Wikipédia. Confiance. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Confiance>

Documents lus

Adira. *Chiffres clé de la communauté de communes de Barr-Bernstein*. 2015, 8 pages

ARS Alsace, Conseil Départemental Bas-Rhin. 2014. *Avis d'appel à projet pour la création de places d'accueil de jour pour personnes âgées dépendantes et personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sur la zone de proximité d'Obernai-Sélestat*. 12 pages

CIAAF. « *Manifeste du CIAAF pour la défense de l'aidant familial non professionnel* ». 2011, 8 pages

Crignon-De Oliveria C., 2010, « Qu'est-ce que « bien vieillir » ? Médecine de soi et prévention du vieillissement », *Les Cahier du Centre Georges Canguilhem*, n° 4, 15 pages

Delcelier S., Foucault J.C., Gerome E., 2015, « L'accueil de jour pour personnes âgées, un dispositif au ralenti », *Module interprofessionnel de santé publique, EHESP, Groupe n° 29*, 81 pages

Duportet B., *Alzheimer et Maltraitance*, 16 avril 2008, Hippocampes (Réseau de santé ville-hôpital, Essonne, Gérontologie, Maladie d'Alzheimer), 63 pages

Ehpad Résidence Marcel Krieg, *Rapport d'activités, compte administratif, exercice 2017*, 15 pages

Fantini-Hauwel C., Gély-Nargeot M-C., Raffard S., 2014, *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*, Paris : Dunod, 199 pages

Hervy B., 2001, « L'animation sociale avec les personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 (vol. 24 / n° 96), 20 pages

KPMG, 2015, *Ehpad : vers de nouveaux modèles ?* 56 pages

KPMG, 2014, *Observatoire des Ehpad*, 84 pages

Larcher G., 2015. *Rapport annexé à la loi ASV*. 26 pages

Lefèvre P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 451 pages

Löchen V., 2016, *Comprendre les politiques sociales*, 5^{ème} édition, Paris : Dunod, 455 pages

MAIA. 2016. *Diagnostic territorial partagé. Zone de proximité Sélestat Obernai*. 72 pages

MAIA. 2016. *Diagnostic MAIA. Table tactile du 5 octobre 2016*. 34 pages

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Décret n° 2007-577 du 19 avril 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). Journal officiel, n°94 du 21 avril 2007, 7097.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 5 juin 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. Journal officiel, n°94 du 21 avril 2007. Annexe I.

Menche N., 2007, *Anatomie, Physiologie et Biologie*, Paris : Maloine, 458 pages

Muller M., DREES, 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, numéro 1015, 8 pages

ORS Alsace. 2013. *Portrait Sanitaire et Social. Zone de Proximité Obernai-Sélestat*. 12 pages

Piraud-Rouet C., 2018, « Prévenir la spirale de la perte d'autonomie », *Directions*, n° 165, pp. 14-16

Rédaction, 2018, « Vieillir dans la dignité : un choix de société », *Directions*, n° 165, pp. 44-47

Vilarasau K., 2017, « Aidés et aidants, nous avons tous besoin de vacances », *Valeurs mutualistes*, n° 307, 7 pages

Interventions Cafdes à l'Estes, Strasbourg

Defiebre M., 2017, *Management et gestion des ressources humaines*, Intervention Cafdes. DC2 (Management et gestion des ressources humaines).

Loutrel F., 2018, *Evaluation et démarche qualité*. Intervention Cafdes. DC1 (Elaboration et conduite stratégique d'un projet d'établissement ou de service).

Meunier M., 2018. *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*. Intervention Cafdes. DC2 (Management et gestion des ressources humaines).

Scheeck L., 2017. *Sociologie des organisations*. Intervention Cafdes. DC2 (Management et gestion des ressources humaines).

Slaoui M., 2016. *Quelles politiques publiques face à la vieillesse et à la perte d'autonomie ?* Intervention Cafdes. DC4 (Expertise de l'intervention sanitaire et sociale sur un territoire).

Urban M., Jund C., 2017. *La gestion d'un projet immobilier*. Intervention Cafdes. DC3 (Gestion économique, financière et logistique d'un établissement ou service).

Documents consultés

Anesm. 2009. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. 39 pages.

Anesm. 2010. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en Ehpad (Volet 1). De l'accueil de la personne à son accompagnement.* 76 pages.

ARS. *Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2014-2018. Champs personnes âgées,* 152 pages

ARS. *Projet régional de santé. 2012-2016,* 118 pages

Bas P., 2006, *Plan Solidarité Grand Age,* 39 pages

Lehmann-Ortega L., Leroy F., Garette B., et al., 2016, *Strategor, Toute la stratégie d'entreprise,* 7^{ème} édition, Paris : Dunod, 736 pages

IRDES. 2018. *Le financement de la dépendance des personnes âgées en France.* 97 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Journal officiel, n° 0241 du 27 octobre 2015, 3 pages

ORS Alsace. 2013. *Portrait Sanitaire et Social. Zone de Proximité Obernai-Sélestat.* 12 pages

Paugam S., 2009, *Le lien social,* Presses universitaires de France, Collection « Que sais-je ? » présentation, [visité le 06/06/2018], disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/le-lien-social--9782130578307.htm>

Autres médias

France 5. *Aider un proche jusqu'à l'épuisement.* Reportage « Enquête de Santé ». Diffusé le 3 novembre 2015.

France 3. *Maisons de retraite : les secrets d'un gros business.* Reportage « Pièces à conviction ». Diffusé le 19 octobre 2017.

Glossaire

Accueil de jour : l'objectif de cette structure est de soutenir le maintien à domicile. Elle offre des journées d'accueil à la personne âgée dépendante qui peut y trouver du lien social, mobiliser ses capacités restantes tout en bénéficiant de suivis préventifs des risques de chute, de dénutrition et de maltraitance. Par ailleurs l'aidant peut y trouver du répit, du soutien, du lien, des conseils.

Accueil de nuit : il s'agit d'un mode d'hébergement à temps partiel, uniquement pour la nuit, en Ehpad, destiné à des personnes vivant à domicile, qui y trouvent de l'aide pour le coucher, le lever, la toilette, l'habillage. L'aidant y trouve également un moyen d'avoir du répit et de retrouver un sommeil réparateur dans des situations où la personne accompagnée déambule 24h/24.

Alarme de type 4 : ce dispositif est spécifiquement conçu pour être installé dans des zones de fort passage, à savoir les ERP (Etablissement Recevant du Public). L'alarme type 4 permet de donner un signal d'évacuation aussitôt qu'un incendie se déclenche. Le signal sonore de l'alarme est normalisé selon AFNOR NFS32001 et donc reconnaissable dans tous les ERP où l'alarme type 4 est installée. L'évacuation est ensuite gérée par des responsables spécialement désignés et formés selon le plan d'évacuation prévu et les moyens de lutte qui sont définis¹⁵⁴.

Alcove (ALzheimer COoperative Valuation in Europe) : projet européen coordonné par la HAS et qui a vu le jour en avril 2011, avec pour missions d'améliorer les connaissances sur l'accompagnement de la démence, faire des propositions quant à la qualité de vie, l'autonomie et les droits des personnes touchées et de leurs aidants¹⁵⁵.

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹⁵⁶ : allocation réservée aux personnes de 60 ans et plus, qui permet de financer une partie des dépenses nécessaires au maintien à

¹⁵⁴ hagerservices. L'alarme de type 4. [visité le 06.07.2018], disponible sur Internet : <https://pro.hagerservices.fr/securite-pro/alarme-type-4>

¹⁵⁵ HAS. ALCOVE, un programme de coopération européenne sur la maladie d'Alzheimer. [visité le 25.06.2017], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239488/fr/alcove-un-programme-de-cooperation-europeenne-sur-la-maladie-d-alzheimer

¹⁵⁶ Service public. Allocation personnalisée d'autonomie. [visité le 30.09.2017], disponible sur Internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

domicile. Elle peut également être versée à son bénéficiaire résident en établissement social et médico-social (Ehpad par exemple), pour couvrir une partie du tarif dépendance.

Affection longue durée¹⁵⁷ : affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

Aggir¹⁵⁸ : la grille Aggir permet d'évaluer la dépendance des personnes âgées pour l'attribution de la prestation spécifique dépendance et le calcul du reste à charge de la personne en institution. Cette évaluation, conduite par les équipes du Conseil départemental, débouche sur un plan d'aide. Les personnes se voient attribuer un niveau de dépendance allant du GIR 1 (pour les plus dépendantes) au GIR 6 (pour les plus autonomes). Les critères pris en compte sont basés sur les actes de la vie quotidienne comme l'habillement, les repas, l'incontinence, la toilette, les déplacements...

BAES : les blocs autonomes d'éclairage de sécurité, également appelés blocs de secours, sont des sources lumineuses d'évacuation qui ont pour objectif d'éclairer et d'indiquer les sorties dans tous types de bâtiments en cas d'évacuation d'urgence du bâtiment ou lors d'une panne de l'éclairage principal¹⁵⁹.

Baluchonnage : inspiré d'une pratique québécoise née en 1999 le principe consiste à faire appel à un « baluchonneur », une personne qui vient à domicile avec son « baluchon » pour remplacer l'aidant pour quelques heures à quelques jours¹⁶⁰. Ce concept est aussi connu sous la traduction française « relayage ».

Béguinage : historiquement, les béguinages sont des lieux où vivaient des communautés religieuses. Aujourd'hui, certains béguinages ont été rénovés pour offrir un cadre de vie adapté aux personnes âgées. De nouveaux ensembles pavillonnaires se construisent

¹⁵⁷ Ameli. Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? [visité le 30/09/2017] disponible sur Internet : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>

¹⁵⁸ Löchen V., *op. cit.*, p. 263

¹⁵⁹ Association Promotelec. Les blocs autonomes d'éclairage de sécurité. [visité le 06.07.2018], disponible sur Internet : <https://professionnels.promotelec.com/fiche-dossier/blocs-autonomes-declairage-de-securite-baes-baeh/>

¹⁶⁰ CNSA. Objectifs Bulles : les clés pour mettre en place un service de répit à domicile [mis à jour le 24.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.cnsa.fr/soutien-a-la-recherche-et-a-l-innovation/zoom-sur/objectifs-bulles-les-cles-pour-mettre-en-place-un-service-de-repit-a-domicile>

également sur le modèle des anciens béguinages. Les béguinages gardent une vocation sociale et accueillent des personnes âgées aux revenus modestes¹⁶¹.

CHSCT : le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est une instance dont le fonctionnement est déterminé dans le décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Ce comité contribue à la protection de la santé physique et mentale des salariés, participe à l'amélioration des conditions de travail et veille au respect des prescriptions légales de son domaine de compétence.

CTE : le comité technique d'établissement est régi par les dispositions fixées par le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat. Il s'agit d'une instance représentative du personnel obligatoire dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Le CTE est consulté sur tous les sujets ayant un impact sur l'organisation et le fonctionnement de la structure. Il se réunit au moins une fois par trimestre.

Déambulation¹⁶² : la déambulation, appelée également errance, est un problème qui touche 60% des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. La personne peut déambuler à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit et pendant plusieurs heures. C'est l'un des comportements de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer le plus difficile à comprendre pour les aidants. En effet, la déambulation a pour origine un grand nombre de causes comme le stress, l'ennui, l'inconfort, la désorientation, la faim, une douleur, la perte de la notion du temps, la fatigue, l'anxiété, l'incapacité à reconnaître les endroits familiers ou encore les effets secondaires des médicaments.

Démence¹⁶³ : la démence est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes. Elle n'est pas une composante normale du vieillissement mais est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde.

¹⁶¹ Ministère des solidarités et de la santé. Pour les personnes âgées. Béguinage. [visité le 09.08.2018], disponible sur Internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-logement-independant-et-beneficier-de-services/les-beguinaages>

¹⁶² Domidom. Gérer la déambulation du malade Alzheimer. [visité le 30.09.2017], disponible sur Internet : <http://domidom.fr/domimag/17-bons-gestes/gerer-la-deambulation-du-malade-d-alzheimer>

¹⁶³ OMS. La démence. Aide-mémoire n° 362. Septembre 2017. [visité le 25.10.2017], disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

DP : les délégués du personnel, prévus dans le code du travail, deuxième partie, livre III, titre 1^{er}, sont élus et représentent les salariés de la structure, adressent des réclamations à l'employeur (salaires, code du travail...), peuvent saisir l'inspecteur du travail (rôle d'alerte et de surveillance) et donnent leur avis sur certaines décisions de l'employeur (congs payés, ...).

Droit au recours : toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'ARS et le président du CD. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat¹⁶⁴.

Echelle CRA : l'échelle CRA (Caregiving Reaction Assesment que l'on peut traduire par Evaluation de la réaction de l'aidant) a été validée dans sa version française en 2010. Cet outil permet de mesurer l'impact réel que l'aide opère sur les plans financiers, personnels, sur l'estime de soi, sa santé, son temps personnel. Le questionnaire se décline en 24 questions de type « je me sens privilégié de m'occuper de lui/d'elle », « je rends moins visite à ma famille et mes amis depuis que je prends soins d'il/d'elle » ... autant de situations que l'aidant peut avoir vécues au cours des deux dernières semaines et auxquelles il peut répondre selon une échelle de 1 à 5 (de fortement en désaccord à fortement d'accord). Cette échelle peut permettre d'évaluer l'évolution de la situation des personnes aidantes et ainsi prévenir les situations de burn-out.

Echelle du fardeau de Zarit¹⁶⁵ : elle est constituée de 22 items auxquels l'aidant répond grâce à une échelle de 0 à 4 (de jamais à presque toujours) et dont les scores obtenus peuvent varier de 0 à 88 (un score de 60 ou plus démontre que l'accompagnement représente une charge sévère). Les points d'ancrage sont des thèmes comme la colère vis-à-vis du proche aidé, l'état de santé, le manque d'intimité, la vie sociale, le sentiment d'être démuné...

¹⁶⁴ Légifrance. Article L311-5 du CASF. [visité le 30.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000021941036&dateTexte=20120613>

¹⁶⁵ Duportet B., *Alzheimer et Maltraitance*, 16 avril 2008, Hippocampes (Réseau de santé ville-hôpital, Essonne, Gérontologie, Maladie d'Alzheimer)

ERP 5ème catégorie : les établissements recevant du public (ERP) sont des bâtiments dans lesquels des personnes extérieures sont admises. Peu importe que l'accès soit payant ou gratuit, libre, restreint ou sur invitation. Une entreprise non ouverte au public, mais seulement au personnel, n'est pas un ERP. Les ERP sont classés en catégories qui définissent les exigences réglementaires applicables (type d'autorisation de travaux ou règles de sécurité par exemple) en fonction des risques. Une structure d'accueil pour personnes âgées est classée type J et en catégorie 5 si elle accueille moins de 25 résidents, et en catégorie 4 si elle accueille entre 25 et 300 résidents¹⁶⁶.

ESA : équipe spécialisée Alzheimer, il s'agit de professionnels (ergothérapeutes, psychomotriciens¹⁶⁷, assistants de soins en gérontologie) qui interviennent à domicile. Ils travaillent sur le maintien et la stimulation des capacités restantes, l'adaptation de l'environnement, l'apprentissage de stratégies de compensation, et l'amélioration de la relation patient-aidant.

Emile Durkheim : sociologue français (1858-1917), né dans les Vosges. Refusant de suivre les traces de son père rabbin, il obtient l'agrégation de philosophie en 1882 puis enseigne la sociologie à la Sorbonne à partir de 1902. Emile Durkheim a réussi à associer la théorie et la recherche empirique et est, à ce titre, devenu le fondateur de la sociologie moderne. Il est très inspiré par le positivisme, considère les faits moraux comme des faits sociaux et traite, dans ses cours et ses écrits, de la solidarité sociale, du suicide, du fait moral et religieux, des méthodes pédagogiques¹⁶⁸.

Ergothérapeute¹⁶⁹ : professionnel dont la mission est d'apprécier les aménagements nécessaires pour faciliter le quotidien de la personne âgée et de son aidant. L'ergothérapeute a comme objectif d'évaluer la fonctionnalité et l'accessibilité de l'ensemble du domicile, d'identifier les changements nécessaires pour que le domicile ne soit plus vécu comme un environnement dangereux mais au contraire qu'il soit un abri sécurisant pour l'aidé.

¹⁶⁶ Service public. Définition d'un établissement recevant du public (ERP). [visité le 06.07.2018], disponible sur Internet : <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32351>

¹⁶⁷ Voir glossaire

¹⁶⁸ La Toupie. Biographie de Emile Durkheim. [visité le 24.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.toupie.org/Biographies/Durkheim.htm>

¹⁶⁹ France Alzheimer. Les bilans d'ergothérapeute. [visité le 30.09.2017], disponible sur Internet : <http://www.francealzheimer-aube.org/content/les-bilans-dergoth%C3%A9rapeute>

ESPAS : l'Espace d'accueil des séniors est un accueil dont les missions sont d'informer et orienter les personnes âgées, et leur entourage, pour toutes les questions liées, notamment, à la dépendance.

Famille d'accueil : c'est une offre d'hébergement permanent ou temporaire, qui s'effectue chez des particuliers, en contrepartie d'une rémunération¹⁷⁰. La famille d'accueil doit obtenir un agrément par le président du conseil départemental et est liée à la personne accueillie par un contrat. La personne âgée, quant à elle, bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire (médecin, psychologue, travailleurs sociaux, juriste), ce qui lui garantit le contrôle des conditions d'accueil et la formation des accueillants.

Fonctions cognitives¹⁷¹ : les fonctions cognitives regroupent les processus psychiques ayant un lien avec l'esprit. En font partie le langage, la mémoire, les praxies (en l'occurrence la coordination des mouvements), le raisonnement, les gnosies (qui consistent en la reconnaissance des choses). On ne manquera pas de noter qu'il s'agit d'un ensemble de capacités qui distinguent l'être humain des autres êtres vivants sur la planète.

Raisonner, juger, planifier et organiser, percevoir et ressentir. Voilà autant de fonctions cognitives que vous utilisez jour après jour... dans votre vie professionnelle, personnelle, sociale, familiale... A noter aussi qu'il s'agit de capacités permettant d'accumuler des connaissances, au fil du temps. Etant donné l'importance de ces processus, on comprend pourquoi l'autonomie est réduite lorsqu'ils sont touchés, notamment dans le cas de démence ou de maladie d'Alzheimer.

Gestionnaire de cas MAIA : c'est un professionnel titulaire d'un diplôme spécifique, qui accompagne une personne âgée vivant à domicile et en situation complexe¹⁷², en coordonnant les différents professionnels intervenants. Est jugée en situation complexe une personne lorsqu'elle cumule plusieurs difficultés : problèmes de santé avec perte d'autonomie, situation fragile avec absence d'aides extérieures.

¹⁷⁰ Conseil départemental du Bas-Rhin. Devenir accueillant familial. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <http://www.bas-rhin.fr/solidarites/personnes-agees/vie-en-etablissement-ou-en-famille-d-accueil/devenir-accueillant-familial>

¹⁷¹ Tout sur la mémoire. Fonctions cognitives définition. [visité le 30.09.2017], disponible sur Internet : <http://tout-sur-la-memoire.com/fonctions-cognitives-definition>

¹⁷² Ministère des solidarités et de la santé. Pour les personnes âgées. Le gestionnaire de cas. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-gestionnaire-de-cas>

Hébergement temporaire : cet accueil peut se faire soit en Ehpad, soit en famille d'accueil. Il s'agit d'un hébergement complet (nuit et jour), mais à durée limitée.

IMI2 (initiative en matière de médicaments innovants) : projet regroupant l'Union européenne et la Fédération européenne des associations de l'industrie pharmaceutique dans le but de faire progresser la mise au point de médicaments notamment pour des maladies, comme la démence, qui manquent de traitements sûrs et efficaces¹⁷³.

Journée de solidarité : journée supplémentaire de travail non rémunérée pour les salariés et d'une contribution assise sur les salaires pour les employeurs. Les revenus du capital (0,3% des revenus des placements et des revenus du patrimoine) y sont également soumis (à l'exception de l'épargne populaire telle que le livret A). Les fonds reçus sont gérés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)¹⁷⁴.

JPND : joint programming to combat neurodegenerative diseases and Alzheimer's in particular [programmation conjointe pour combattre les maladies neurodégénératives et la maladie d'Alzheimer en particulier], est un programme regroupant 30 pays et qui a vu le jour en 2008 afin de faciliter la collaboration entre les pays membres par, notamment, une mise en commun des fonds nationaux de recherche¹⁷⁵.

MAIA : c'est une méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie, plus précisément un service composé d'un pilote et de 2 ou 3 gestionnaires de cas¹⁷⁶. Sa mission est de « *Faciliter l'orientation et l'accompagnement des personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie quelle que soit la nature de leurs besoins*¹⁷⁷ ».

Plateforme d'accompagnement et de répit : ces plateformes sont nées d'une mesure du plan Alzheimer 2008-2012. Il s'agit d'une structure composée d'un.e coordonnateur.trice, d'un.e psychologue, d'un.e ergothérapeute et d'un.e aide-médecop-psychologique dont l'objectif est d'informer les aidants proches, de leur apporter un

¹⁷³ Union Européenne. https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/imi2_fr

¹⁷⁴ IRDES. *Le financement de la dépendance des personnes âgées en France*. Février 2018. p. 3

¹⁷⁵ Fondation Plan Alzheimer. Programmation conjointe sur les maladies neurodégénératives et la maladie d'Alzheimer en particulier : JPND. [visité le 05.07.2017], disponible sur Internet :

<http://www.fondation-alzheimer.org/5-L-International/16-JPND>

¹⁷⁶ Voir glossaire

¹⁷⁷ Plaquette d'information MAIA coécrite par le Conseil Départemental du Bas-Rhin, le Conseil Départemental du Haut-Rhin et l'ARS.

soutien psychologique, des journées de rencontres, des vacances, du partage, des solutions de répit, des sessions de formation.

Polypathologie¹⁷⁸ : l'article R322-6 du Code de la sécurité sociale précise que le terme polypathologie est un terme employé lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois. Il s'agit de l'ALD 32.

Prévalence¹⁷⁹ : nombre de cas d'une maladie ou d'événements ou de tout autre événement tel qu'un accident dans une population donnée sans distinction entre les cas nouveaux et anciens. Ce terme d'épidémiologie dont la définition a été donnée par l'organisation mondiale de la santé en 1966 ne doit pas être confondu avec celui d'incidence, nombre de cas de maladies qui émergent, de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée dans une population donnée. Autrement dit la notion d'incidence ne fait intervenir que les nouveaux cas alors que celle de prévalence fait intervenir les nouveaux et les anciens cas.

Psychomotricien¹⁸⁰ : le psychomotricien exerce une profession paramédicale (c'est un professionnel de santé) qui vise à rétablir un équilibre psychologique se traduisant par un handicap grâce à une thérapie corporelle prenant en compte les représentations mentales du patient. Il vise à améliorer la qualité de vie psychologique du patient en lui apportant de nouvelles compétences dans les domaines intellectuel, caractériel, émotionnel, relationnel, etc.... par des techniques d'approche corporelle.

RAG : le RAG est un service composé de médecins et d'IDE. Il informe et oriente les médecins généralistes de secteur, intervient aux domiciles des personnes âgées dans l'objectif de faire des propositions de prise en charge en lien avec ses partenaires. Le RAG devient le PRAG (Plateforme territoriale d'appui d'Alsace) en mai 2018 et étend ses missions à tous types de patients, sans distinction d'âge ou de handicap¹⁸¹.

¹⁷⁸ Légifrance. Article R322-6 du Code de la sécurité sociale. [visité le 14.07.2018], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020044298&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

¹⁷⁹ Prévalence, définition. [visité le 30.09.2017], disponible sur Internet : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/prevalence>

¹⁸⁰ Le rôle du psychomotricien - Prévenir et soigner Alzheimer à domicile. [visité le 30.09.2017], disponible sur Internet : <http://alzheimer.over-blog.fr/article-le-role-du-psychomotricien-prevenir-et-soigner-alzheimer-a-domicile-52165115.html>

¹⁸¹ PRAG. La Plateforme Territoriale d'Alsace. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.prag.alsace/>

Recettes d'investissement¹⁸² : elles sont constituées des dotations et subventions, la dotation globale d'équipement, les autres subventions d'investissement et les emprunts.

SPASAD : ce sont des services en cours d'expérimentation via des projets pilotes dont le cadre et la réglementation sont instaurés par un décret du 16 octobre 2015¹⁸³. Ils regroupent les missions d'un SSIAD et SAAD. Cette nouvelle organisation permet d'avoir un interlocuteur unique, évite de faire appel à deux services distincts et permet ainsi de mieux coordonner les interventions.

SAAD : service d'aide à domicile, offre des services de ménage ou d'aide à la personne.

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile dont les missions sont d'éviter l'hospitalisation, de soutenir les personnes lors des retours à domicile. Le SAAD et le SSIAD ont tous deux pour objectifs le maintien à domicile, la prévention de la perte d'autonomie, la lutte contre l'isolement, et le retardement de l'entrée en institution.

Taux d'équipement : nombre de places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus.

Unité de vie protégée (UVP) : unité d'hébergement à l'accès sécurisé, dédiée à l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées.

Vieillesse : Le vieillissement pathologique renvoie à la présence de polyopathologies avec perte d'autonomie (point 1.1.2). Le vieillissement usuel ou habituel, avec perte progressive des capacités peut conduire à une situation de fragilité. Le vieillissement réussi permet de maintenir ses fonctionnalités à un niveau élevé avec absence de maladie ou forte capacité à y faire face.

¹⁸² INSEE. Recettes d'investissement. [visité le 13.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1210>

¹⁸³ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Journal officiel, n° 0241 du 27 octobre 2015, 14-16

Liste des tableaux et schémas

Tableau n° 1 : offre de places d'hébergement permanent en Ehpad dans le Pays de Barr et du Bernstein, 2015, page 32.

Tableau n° 2 : section d'investissement du compte administratif RMK 2015, page 34.

Tableau n° 3 : produits d'exploitation RMK de 2015 (en euros), page 34.

Tableau n° 4 : charges d'exploitation RMK de 2015 (en euros), page 34.

Schéma n° 1 : moyennes d'âges des salariés de RMK par fonctions, 2015, page 33.

Liste des annexes

Annexe 1 : Carte de la partie sud du Bas-Rhin.....	III
Annexe 2 : Carte du pays de Barr et du Bernstein	IV
Annexe 3 : Descriptif des tâches de chaque pôle	V
Annexe 4 : Emplois au sein de RMK répartis en section tarifaire, 2017	VII
Annexe 5 : Offre de prise en charge Alzheimer	VIII
Annexe 6 : Extrait du PRIAC.....	IX
Annexe 7 : Extrait du Projet régional de santé d'Alsace, 2012-2016	X
Annexe 8 : Trame d'entretien avec les aidants.....	XI
Annexe 9 : Résumé des entretiens	XII
Annexe 10 : Questionnaire destiné aux professionnels	XIV
Annexe 11 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie.....	XV
Annexe 12 : Diagramme MOFF.....	XVI
Annexe 13 : Les formes de management selon Hersey et Blanchard	XVII
Annexe 14 : Planning global de la mise en œuvre du projet	XVIII
Annexe 15 : Arbre de pertinence	XIX
Annexe 16 : Extrait de la check-list loi handicap.....	XX
Annexe 17 : Plan de masse, détail du projet plan incliné	XXI
Annexe 18 : Détail des surfaces et rez-de-chaussée surélevé	XXII
Annexe 19 : Transformation salle d'eau pour PMR.....	XXIII

Annexe 20 : Permis de construire.....	XXIV
Annexe 21 : Classement de l'ADJ en ERP de 5^{ème} catégorie.....	XXV
Annexe 22 : Grille d'évaluation commission de recrutement.....	XXVI
Annexe 23 : Exemple de projet personnalisé d'accompagnement	XXVII
Annexe 24 : Types d'activités.....	XXVIII
Annexe 25 : Programme des activités de la semaine.....	XXIX
Annexe 26 : Compte administratif 2017.....	XXX
Annexe 27 : Canaux de communication interne au sein de RMK	XXXI
Annexe 28 : Plan de communication externe de l'ADJ	XXXII
Annexe 29 : Programme de formation de la Plateforme Rivage.....	XXXIII
Annexe 30 : Tableau de bord de l'évaluation du service d'ADJ	XXXIV

Annexe 1 : Carte de la partie sud du Bas-Rhin



Source : Stop-Linky-68. [visité le 29.06.2018], disponible sur Internet : <https://www.stop-linky-68.com/single-post/2018/03/21/Linky-Cela-bouge-dans-le-Bas-Rhin>

Annexe 2 : Carte du pays de Barr et du Bernstein



Source : <https://www.paysdebarr.fr/vivre/fr/linstitution-decryptee/le-territoire/lhistoire-du-pays>

Annexe 3 : Descriptif des tâches de chaque pôle

Le pôle des soins :

- ❖ **Les infirmiers.ères** (IDE) assurent la préparation et la distribution des médicaments, les soins techniques infirmiers (pansement, perfusions, ...), participent à l'accueil du résident, s'assurent de la tenue du dossier de soins, sont les interlocuteurs des professionnels de santé extérieurs.
- ❖ **Les aides-soignants.es** (AS), réalisent, pour le bien-être des résidents, les soins de nursing et de confort, la distribution des médicaments sous délégation infirmière, l'accompagnement personnalisé, l'accompagnement au repas, mettent à jour le dossier de soins pour les items qui les concernent (toilettes, alimentation, habillage, repas).
- ❖ **La psychologue** entretient le dialogue avec les résidents et leurs familles, détecte et apaise les souffrances que les personnes n'ont pas toujours la capacité d'exprimer, s'assure que la décision d'entrée en institution relève d'un consentement, assure un lien étroit avec les équipes au cours du projet de vie personnalisé.
- ❖ **L'ergothérapeute et la kinésithérapeute** assurent des activités de rééducation, réadaptation et réinsertion pour favoriser l'autonomie sociale et l'intégration du résident dans son environnement (mise en place, par exemple, de rampes d'accès, de barres d'appui, de rehausseurs de toilette, d'équipements de fauteuil roulant). Elles réalisent des actes favorisant la rééducation, la prévention et la mobilité des résidents, mais également le bilan d'entrée et l'accompagnement en cours de séjour.
- ❖ **Le médecin coordonnateur** gériatre, garantit, depuis 10 ans au sein de RMK, la qualité de prise en charge gériatrique et contribue à une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins. Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux, contribue à l'organisation de la permanence des soins, décide des admissions et des critères d'évaluation des soins en collaboration avec la cadre de santé et la direction. Il participe également à la formation gériatrique continue du personnel en participant aux groupes pilotes (constitués autour de sujets comme la dénutrition, le risque de chute, la douleur...), en assistant une fois par semaine aux transmissions orales, en animant les réunions de projets de soins déclenchées sur demande des équipes.
- ❖ **La cadre supérieure de santé**, coordonne depuis 10 ans l'équipe des soins (IDE et AS) en lien avec le médecin coordonnateur, met en œuvre les projets de l'établissement et évalue les pratiques des soignants. Référent qualité, elle assure

le suivi sur le terrain de la démarche qualité et de la gestion des risques (suivi des indicateurs, évaluation, ...).

Le pôle hôtelier : en parfaite complémentarité avec les soins, une équipe hôtelière prend en charge l'environnement du résident avec :

- ❖ Les **agents de service hospitalier** (ASH) qui assurent le service des repas, l'aide aux repas, la vaisselle, l'entretien de la salle de restaurant, des chambres, des locaux collectifs (couloirs, lieux de vie, hall d'accueil, toilettes publiques).
- ❖ Les **cuisiniers**, en collaboration avec les **aides cuisiniers**, réalisent et valorisent les repas et sont garants de l'hygiène en restauration.
- ❖ Une **diététicienne** élabore les menus proposés aux résidents, dans le souci de l'équilibre alimentaire spécifique aux personnes âgées.
- ❖ Les **lingères** entretiennent et distribuent le linge des résidents de l'Ehpad, les tenues du personnel, les serviettes de table, le linge de toilette, les couvertures et couvre-lits. Seul l'entretien du linge plat (draps, alèses, taies d'oreiller) est externalisé (convention avec la blanchisserie du centre hospitalier d'Erstein). La gouvernante a pour mission principale de prendre en charge et traiter les problèmes quotidiens liés à la gestion hôtelière (ménage, service des repas, lingerie).

Le pôle de la vie sociale : les **animatrices** gèrent les activités du lundi au samedi matin. Elles assurent la coordination et la préparation des animations collectives et individuelles, l'évaluation des activités, la coordination avec l'association des bénévoles, réalisent et diffusent le journal interne.

Le pôle maintenance : les **agents techniques** assurent la sécurité, la maintenance et l'entretien des locaux techniques (local incendie, local de chaufferie, local électrique), le suivi des interventions extérieures, les commandes de produits d'entretien.

Le pôle administratif :

- ❖ Deux **secrétaires** assurent l'accueil physique et téléphonique, la facturation, la comptabilité.
- ❖ Un **responsable ressources humaines**, remplit les fonctions relatives à la gestion de la paie, du plan de formation, des contrats de travail.

Les professionnels pluridisciplinaires sont soutenus et accompagnés par l'équipe de direction composée, de la cadre supérieure de santé, du médecin coordonnateur, du responsable des ressources humaines et de moi-même.

Annexe 4 : Emplois au sein de RMK répartis en section tarifaire, 2017

Emplois	Ratio	Hébergement	Dépendance	Soins	Total ETP
Direction	0.009	1			1
Administration	0.028	3			3
Cuisine / Serv. Gén.	0.07	7.5			7.5
Diététicienne	0.002	0.2			0.2
Animation	0.02	1.80			1.80
Gouvernante	0.009	1			1
ASH	0.18	13.68	5.86		19.54
AS	0.25		8.13	18.97	27.1
Psychologue	0.007		0.75		0.75
Cadre de santé	0.009			1	1
IDE	0.11			11.45	11.45
Ergothérapeute	0.009			1	1
Kinésithérapeute	0.015			1.60	1.60
Médecin coord.	0.006			0.6	0.6
Remplacement	0.023				2.47
Total	0.69	28.18	14.74	34.62	77.54

Source : projet d'établissement de l'Ehpad « Résidence Marcel Krieg », 2016-2020

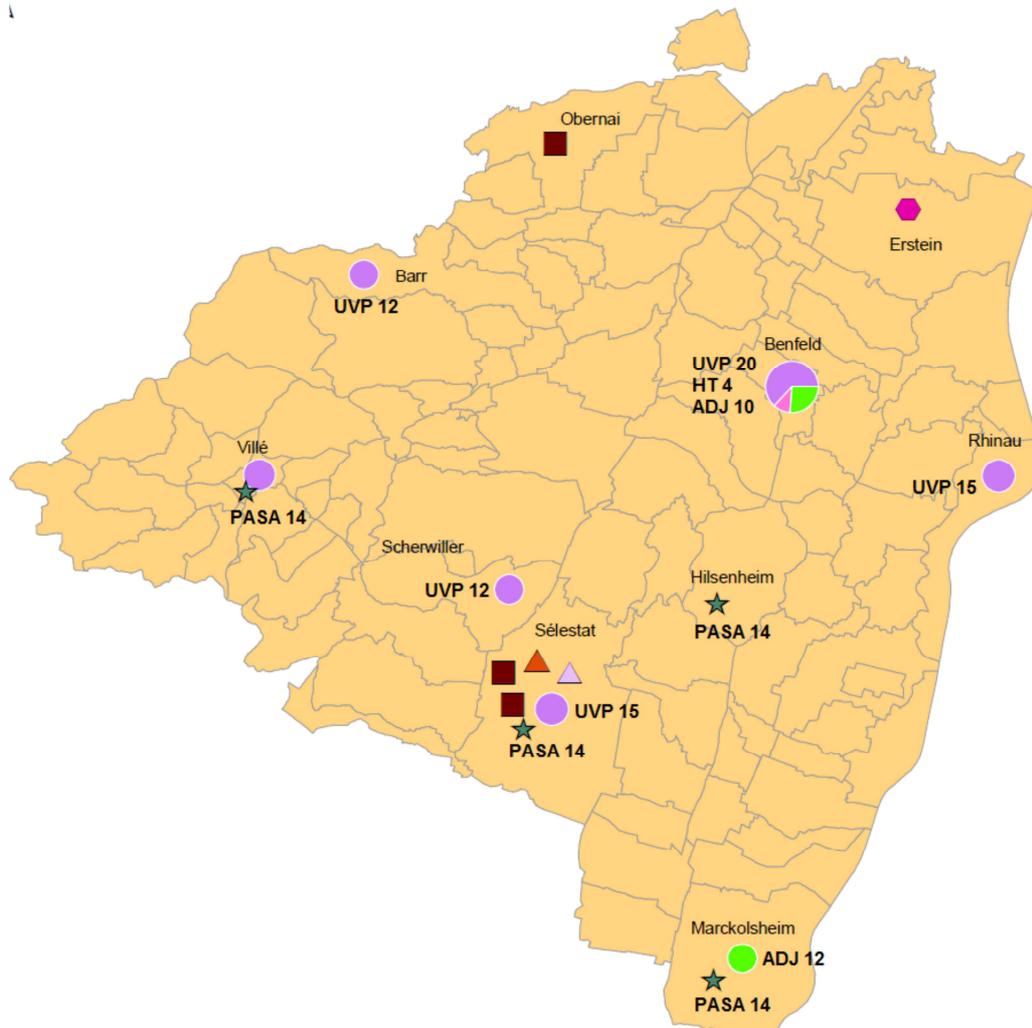
Outre le nombre d'agents et le ratio, ce tableau montre la répartition du financement des charges salariales. Par exemple :

- Le salaire d'une AS est financé à 70% par la section Soins et à 30% par la section dépendance.
- Le salaire d'une IDE est financé à 100% par la section Soins.

La section Hébergement est financée par le prix de journée acquitté par les résidents, la section Dépendance par le CD67, et la sections Soins par l'ARS.

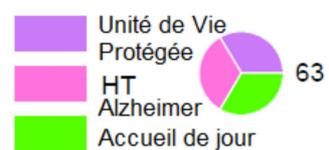
Annexe 5 : Offre de prise en charge Alzheimer

Zone de Proximité d'Obernai-Sélestat



- ▲ M.A.I.A.
- Consultations Mémoire
- ⬡ U.H.R.
- ★ P.A.S.A.
- ▲ E.S.A.

Places autorisées



Source : Diagnostic MAIA, table tactile du 5 octobre 2016

PRIAC PA

— Le calendrier prévisionnel des appels à projet

AAP ARS-CG 67 pour des places d'AJ

Capacités à créer	24 places d'AJ
Année d'ouverture	2015
Territoire d'implantation	Département du Bas-Rhin 12 places sur la zone de proximité de Molsheim , vallée de la Bruche 12 places sur la zone de proximité d'Obernai Sélestat , Piémont des Vosges.
Population ciblée	Personnes âgées dépendantes ou atteinte de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés
Calendrier prévisionnel	Avis d'appel à projet : 01/10/2014 Période de dépôt : 01/01/2015

Source : ARS. Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2014-2018. Champs personnes âgées, p. 10

Annexe 7 : Extrait du Projet régional de santé d'Alsace, 2012-2016



A.2/ 2.4 Engager la réflexion concernant l'accueil de nuit

La déambulation nocturne et l'inversion du rythme jour-nuit accentuent les difficultés de prise en charge des malades et sont source d'épuisement des aidants. L'institutionnalisation en urgence intervient souvent lors d'une aggravation brutale de la maladie, lorsque la gestion la nuit devient trop difficile ou impossible pour l'aidant.

A ce jour, des rondes de nuit sont organisées, par exemple dans le cadre de service comme Sélené (cf. 3.1 infra). Il conviendrait d'évaluer ce dispositif en dégagant des pistes de réflexion sur la prise en charge nocturne : renfort des rondes, mise en place d'accueils nocturnes...

Annexe 8 : Trame d'entretien avec les aidants

Profession de l'aidant.....

Age et sexe de l'aidant

Lien de parenté avec le MA

Age du MA

Date de diagnostic de la maladie

De quel type d'aide bénéficiez-vous à domicile ?
.....

A quel rythme intervient l'aide à domicile ?

De quel autre type d'aide bénéficiez-vous ?

Les aides vous semblent-elles utiles ?

Les aides vous semblent-elles suffisantes ?

Pourquoi ?

Pour combien de temps ?

Quels types de conseils/orientations recevez-vous ?

Quels besoins la personne malade exprime-t-elle ?

Quels besoins l'aidant exprime-t-il ?

A votre avis, quelle aide/apport/soutien pourrait-on encore vous offrir ?

Quelles difficultés rencontrez-vous principalement ?

S'il vous arrive de vous sentir désemparé ou démuné, que faites-vous ?

Avez-vous déjà entendu parler de ces dispositifs ? (Rayer la mention inutile) :

France Alzheimer / Les MAIA / Les plateformes de répit / Les formations ARS ou France
Alzheimer /

L'hébergement temporaire / L'hospitalisation à domicile / L'accueil de jour /

Les ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer) / Le Café des Aidants / L'Abrapa et le Phare /

Les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) / Le Conseil Départemental / L'ESPAS

Avez-vous déjà fait appel à ces dispositifs ?

Quels autres dispositifs connaissez-vous ?
.....

Les utilisez-vous ?

Annexe 9 : Résumé des entretiens

Mme C. M., Andlau, 47 ans, mariée, 3 enfants. Mme M est Auxiliaire de Vie, et fille d'une maman placée en Ehpad depuis fin 2015 pour maintien à domicile impossible sur diagnostic de démence posé il y a 4 ans au cours d'une hospitalisation en urgence pour surdosage médicamenteuse. Mme M est la fille cadette d'une fratrie de 6 enfants (a 5 frères), et le rôle d'aidant lui a incombé de manière tout à fait naturelle. A ce jour, Mme M a le sentiment d'avoir échoué dans la prise en charge de sa maman et son maintien à domicile. Elle se rend compte qu'elle aurait peut-être pu mettre en œuvre plus de dispositifs, qu'elle aurait pu elle-même être plus informée et soutenue. Elle s'en veut d'être si patiente avec les personnes atteintes de démence qu'elle aide professionnellement, et beaucoup moins avec sa maman. Elle culpabilise encore aujourd'hui d'avoir dû placer sa maman, même si cette décision a été prise avec le médecin et le reste de la fratrie. Elle pense qu'un accueil de jour à proximité l'aurait aidé dans le maintien à domicile de sa maman.

Mme C. S. et Mme S. M., Reichsfeld, filles de M. H., 79 ans, leur papa atteint de la maladie d'Alzheimer. Mme S., 49 ans, mariée, 1 enfant de 10 ans, est secrétaire à l'Ehpad Salem de Barr. Mme M., 43 ans, mariée, 2 enfants, est Agent de Service Hospitalier à l'Ehpad « Résidence Marcel Krieg » de Barr. Elles ont 1 frère qui vit à Stotzheim et qui invite son papa un dimanche par mois.

Les deux sœurs habitent à Reichsfeld, à quelques centaines de mètres l'une de l'autre. Mme S. et son papa occupent la même demeure, le papa la partie basse et Mme S. la partie haute.

M. H. a été diagnostiqué en 2016 suite à un diagnostic de dépression en 2014. M. H. bénéficie d'une journée d'accueil de jour à Benfeld par semaine. C'est Mme M. qui véhicule son papa à Benfeld car le transport leur reviendrait à environ 80 euros (sur lesquels environ 14 euros sont remboursés).

Mme M. actuellement en arrêt maladie, va bientôt reprendre le travail, et ressent une très grosse angoisse pour son papa qu'elle ne pourra plus emmener à l'Accueil de Jour. De plus, son papa vient souvent la voir chez elle à la maison dans l'après-midi quand il a des angoisses.

M. H. bénéficie de beaucoup d'aides qui sont jugées très utiles : le SSIAD pour la douche, l'Abrapa pour l'aide au repas et le ménage et l'APA. M. H. est seul le mercredi matin jusqu'à 12h où Mme S. rentre du travail. Le fils de 10 ans de Mme S. est présent aux heures de midi, mais le médecin traitant estime qu'il n'est pas du rôle d'un enfant de cet âge de s'occuper d'une personne âgée.

M. H. refuse l'Ehpad, dit qu'il se laisserait mourir. M. H. ne se met pas en danger, ne déambule pas dans le village.

Les deux sœurs se sentent parfois désemparées, mais il existe une grande solidarité, elles s'arrangent en famille, elles sont aidées par leur expérience professionnelle.

Leur besoin prioritaire aujourd'hui est de pouvoir trouver un lieu proche de leur domicile pouvant accueillir leur papa en journée les lundi, mardi, jeudi et vendredi.

Mme C. R., Obernai, institutrice à la retraite, 70 ans, épouse de M. R., 76 ans, atteint de la maladie d'Alzheimer. M. R. a dû être placé en UVP (unité de vie protégée) à l'Ehpad « Résidence Marcel Krieg » en juin 2016. M. R. bénéficiait du SSIAD, 10 séances d'1 heure par semaine pour une dame de compagnie, et d'un Accueil de jour, 1 journée par semaine, à Dorlisheim et l'Abrapa deux heures par semaine. Mais ces aides ne semblent pas avoir été suffisantes. Mme R. est épuisée, son époux demandait de l'attention jour et nuit. Mme R. avoue avoir eu des réactions violentes vis-à-vis de son mari. Elle aurait aimé bénéficier de plus de répit, pouvoir « faire autre chose ». Idéalement, pour elle, 3 jours par semaine à l'Accueil de Jour lui auraient permis de souffler et « de tenir le coup ». Son mari était malheureusement opposant car, selon elle, l'Accueil de Jour est venu un peu tardivement dans l'évolution de la maladie, une fréquentation plus précoce lui aurait permis d'y trouver des repères plus durables. A ce jour, Mme R avoue vivre encore dans son cocon, rend visite à son mari tous les jours. Elle se rend compte d'avoir vécu dans l'isolement malgré une fille très proche, n'a plus d'amis. Mme R. pleure souvent, culpabilise du placement de son époux et a du mal à sortir de son isolement.

Mme H., Barr, 82 ans, retraitée du secteur social, épouse de M. H., 84 ans, atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 5 ans. Ils vivent tous les deux à domicile après 64 ans de mariage. M. H. a déjà bénéficié de séances à l'hôpital de jour de Sélestat mais ne souhaitait plus s'y rendre à cause de la distance. Mme H. pourrait assister à des réunions entre aidants à Benfeld, mais pour les mêmes raisons d'éloignement, elle ne s'y rend pas. Elle a, en outre, du mal à s'octroyer des moments de répit car ne souhaite pas priver son mari de sa présence. Le couple accueille le Phare de l'Abrapa pour 15 séances d'une heure, qui leur offre de la compagnie et un soutien psychologique. Ils ont également une aide-ménagère soutenue à 20% par des aides sociales, le reste à charge est de 250 Euros par mois. Aujourd'hui ces aides sont complétées par une aide au repassage et des repas cherchés de temps en temps chez le traiteur. Mme H. semble plutôt bien gérer la situation, estime que ces aides sont pour l'instant suffisantes. Elle souhaiterait malgré tout pouvoir faire une activité extérieure, sur une journée ou une demi-journée pour commencer, s'évader, échanger avec d'autres personnes, tout en sachant que son époux n'est pas loin et bien accompagné.

Annexe 10 : Questionnaire destiné aux professionnels

Questionnaire destiné aux personnes intervenant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées

- 1/ Quelle est votre profession ?
- En milieu paramédical, pour quel organisme travaillez-vous ?.....
- 2/ Rencontrez-vous les malades présentant des troubles cognitifs à leur domicile ?
- Si oui, à quel rythme intervenez-vous à domicile ?.....
- Si non, dans quel cadre les côtoyez-vous ?
- 3/ Combien de personnes suivez-vous ?
- 4/ Dans quelle zone géographique intervenez-vous ?
- 5/ Quelle aide apportez-vous ?
- 6/ Votre intervention vous semble-t-elle utile ? Pourquoi ?
- 7/ Votre intervention vous semble-t-elle suffisante ? Pourquoi ?
- 8/ Quels types de conseils/orientations donnez-vous ?
- 9/ Quels besoins les personnes malades expriment-elles ?
- 10/ Quels besoins les aidants naturels expriment-ils ?
- 11/ Vous semble-t-il que ces besoins soient satisfaits ?
- 12/ A votre avis, quelle aide/apport/soutien pourrait-on encore offrir ?

Avez-vous déjà entendu parler de ces dispositifs ? (Rayer la mention inutile) :

France Alzheimer / Les MAIA / Les plateformes de répit / Les formations ARS ou France Alzheimer /

L'hébergement temporaire / L'hospitalisation à domicile / L'accueil de jour / Les ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer) / Le RAG (Réseau Alsace Gérontologie) / Le Café des Aidants / L'Abrapa et le Phare /

Les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) / Le Conseil Départemental / L'ESPAS

Avez-vous déjà orienté des personnes vers ces dispositifs ?

Quels autres dispositifs connaissez-vous et conseillez-vous habituellement ?

A toutes fins utiles, si vous souhaitez que l'on puisse continuer à échanger nos expériences, vous pouvez me laisser vos coordonnées :

M. Mme.

Tél : Email.....

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 09 - www.fng.fr

Version révisée 2007



Source : Ministère des solidarités et de la santé. Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. [visité le 30.06.2018], disponible sur Internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap>

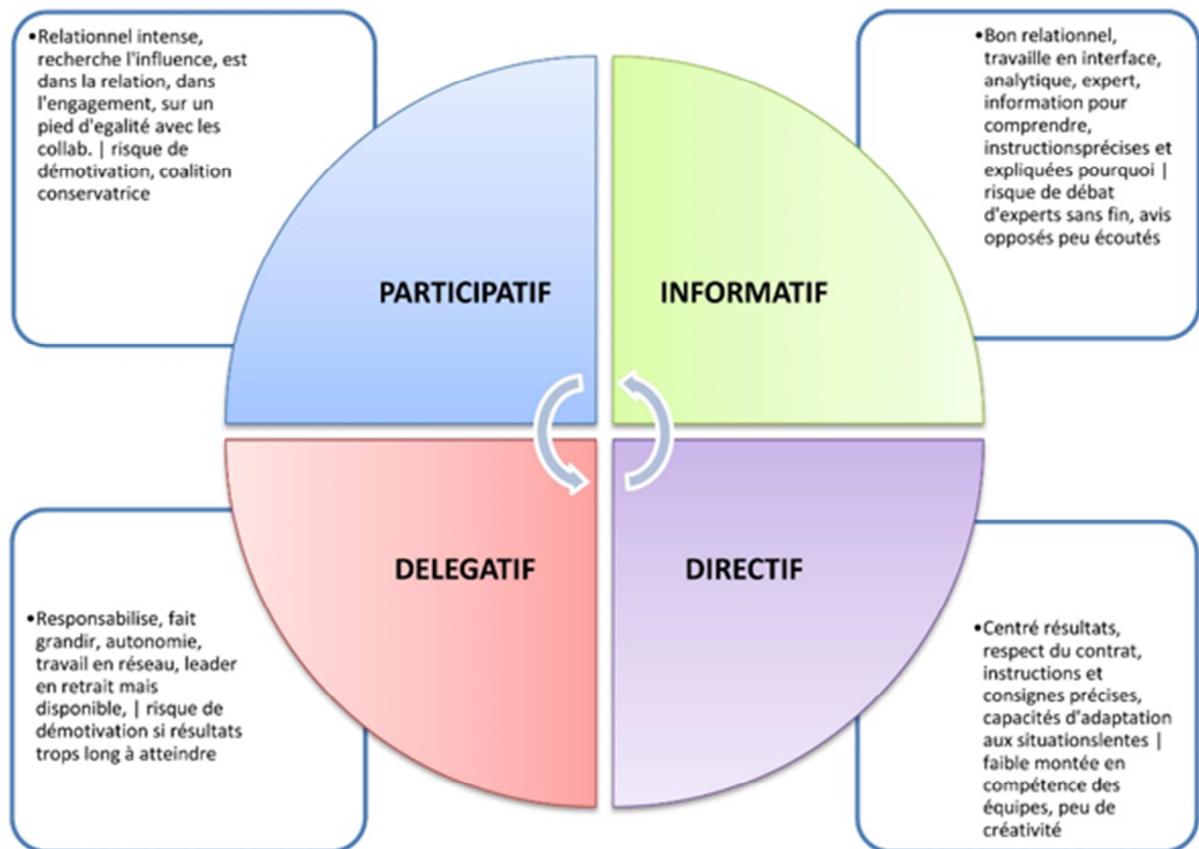
Annexe 12 : Diagramme MOFF

Schéma n° 2 : MOFF, ou les éléments impactant le projet d'Accueil de Jour

<p>Menaces</p> <p>L'ADJ est peu connu des professionnels libéraux.</p> <p>Le manque de lisibilité de l'offre sur le territoire.</p> <p>La réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile.</p> <p>L'appréhension des personnes âgées à fréquenter un ADJ adossé à un Ehpad.</p> <p>La culpabilité des aidants à faire appel à des aides extérieures.</p> <p>Le reste à charge des usagers.</p>	<p>Opportunités</p> <p>Le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins de répit.</p> <p>La possibilité de diversifier l'offre de services en direction du domicile.</p> <p>L'appel à projet de l'ARS en direction du développement des solutions de répit.</p> <p>Le revenu des habitants du secteur supérieur à la moyenne nationale.</p>
<p>Forces</p> <p>Une position géographique favorable.</p> <p>Une dynamique déjà ancrée dans un réseau de partenaires professionnels étendu.</p> <p>La confiance historique des habitants.</p> <p>L'expérience de la qualité dans l'accompagnement.</p> <p>La maison de fonction peut être réhabilitée.</p> <p>L'ADJ adossé à l'Ehpad peut profiter de la mutualisation de moyens.</p> <p>Une situation financière excédentaire.</p>	<p>Faiblesses</p> <p>L'absentéisme et le défaut de personnel à compenser.</p> <p>Le manque de cohésion d'équipe risque de freiner l'adhésion au projet.</p>

Source : Christine Steible – Cafdes Estes – Promotion 2016-2018

Annexe 13 : Les formes de management selon Hersey et Blanchard



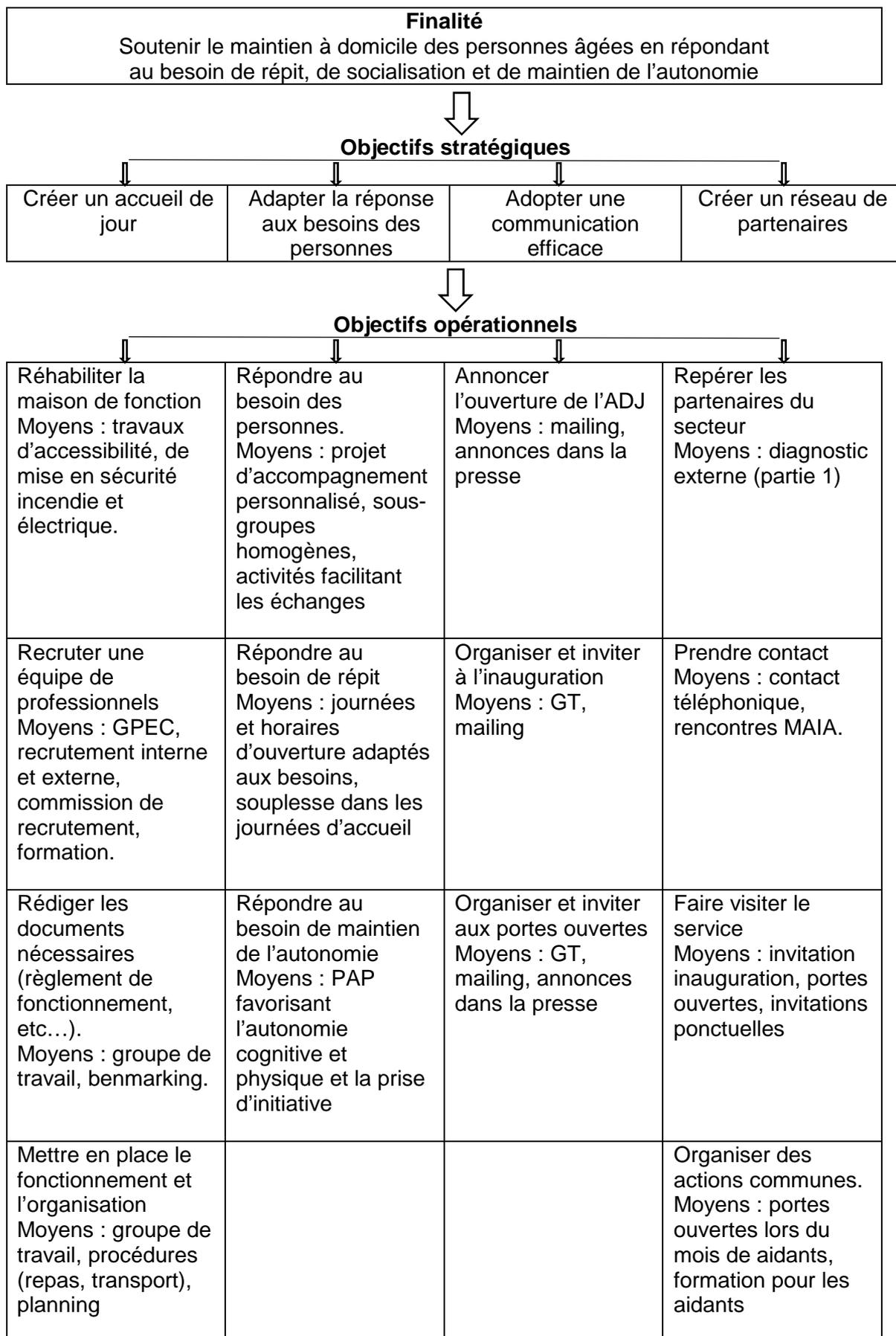
Source : www.teamfordevelopment.fr

Annexe 14 : Planning global de la mise en œuvre du projet

Dates	Tâches	Responsables
Juil 2014	Avis d'appel à projet	ARS
Jan 2015	Dépôt d'un premier dossier non retenu	Copil
Déc 2015	Dépôt d'un nouveau dossier de candidature	Copil
Août 2016	Demande de permis de construire Démarrage des travaux de réhabilitation	Copil GT
Nov 2016	Rédaction des outils de la loi 2002-2	GT
Déc 2016	Rédaction de procédures, de fiches de poste Commission de recrutement	GT
Jan 2017	Permis de construire accordé	
Mars 2017	Arrêtés : extension (108 à 120 lits et places) de RMK et autorisation d'ouverture de l'ADJ Mailing d'annonce de l'ouverture prochaine de l'ADJ	GT
Avr 2017	Fin des travaux de réhabilitation Attestation de visite de conformité Inauguration et ouverture de l'ADJ Articles de presse et journée porte ouverte Formalisation des premiers projets personnalisés	ARS GT GT GT
Sep 2017	Articles de presse et journée porte ouverte	GT
Avr 2018	Articles de presse, communication envers les partenaires	GT
Mai 2018	Enquête de satisfaction et évaluation du service	GT

Source : Christine Steible, Cafdes Estes, Promotion 2016-2018

Annexe 15 : Arbre de pertinence



Source : Christine Steible, Cafdes Estes, 2018

Annexe 16 : Extrait de la check-list loi handicap

→ Outre les indications concernant les handicapés, les plans comprendront les informations suivantes : représentation des fluides (ELEC, EC-EF, etc.), armoires électriques, compteurs, désenfumage, extractions et amenés d'air, moyens de défense (extincteurs, RIA), etc.

	Réglementation	Commentaire	Indication et cotation sur plan
	Articles des arrêtés du 20 avril 2017 et 8 décembre 2014		
Art 1	Dispositions communes à tous les ERP		
Art 2	*Cheminements extérieurs	Assurez la continuité de la chaîne de déplacement	
II.1	Repérage et guidage		
	Signalisation à l'entrée du terrain, à proximité des places de stationnement pour le public et en cas de choix d'itinéraire		Indiquez la signalétique
	Repérage et guidage tactile continu sur toute la longueur, visuellement contrasté par rapport à l'environnement		Indiquez la signalétique
II.2	Caractéristiques dimensionnelles		
a) profil en long	Pentes : 5% max (6%*) ; tolérances 8% (10%*) sur 2,00 m et 10% (12%*) sur 0,50 m		Au-delà de 4% prévoir une main courante et palier de repos Représentez et cotez l'espace de manœuvre % pente et niveaux altimétriques, ...
	Palier de repos tous les 10 m si pente \geq 4% (5%*) (recommandation : palier tous les 10 m si pente > 2%)		Palier largeur de la rampe (1,20 mini) x 1,40m (sens de la rampe)
	Palier de repos en haut et en bas de chaque plan incliné		
	(Recommandation : pour les longs trajets, prévoir des appuis ischiatiques-repos assis debout de hauteur 0,70m)		
	S'il ne peut être évité pour un faible écart de niveau - ressaut h \leq 2 cm avec bord arrondi ou chanfreiné - ressaut h \leq 4 cm avec pente uniforme \leq 33% Ressauts successifs distants de 2,50 m séparés par des paliers de repos		Ressauts successifs interdits Représentez les ressauts avec les informations utiles

Direction de la Construction de la Ville et C.U. de Strasbourg 1/21

Source : Direction de la construction de la ville et C. U. de Strasbourg. 2015. Check-list loi handicap – ERP-IOP, arrêté du 1^{er} août 2006 et arrêté du 8 décembre 2014. p. 1

Annexe 17 : Plan de masse, détail du projet plan incliné

PA18 - Plan de masse, détail du projet plan incliné



PA2 notice décrivant le terrain et présentant le projet

Le projet consiste à adapter l'ancienne maison de fonction de l'Ehpad, situé sur le terrain de l'Ehpad, en pavillon d'accueil de jour pour personnes désorientées.

La maison en l'état est adaptable aux conditions suivantes qui font l'objet de la présente demande:

- Fermeture et couverture de terrasse pour création entrée PMR
- Création plan incliné pour PMR
- Adaptation salle d'eau pour PMR
- Installation d'un sas d'accès coté parking de l'Ehpad pour desserte sécurisée
- Remplacement clôture basse du terrain par clôture haute
- Mise en conformité du système électrique et du système de sécurité

Source : RMK. 2015. Demande d'autorisation de modifier un établissement recevant du public : adaptation de la maison de fonction en pavillon d'accueil de jour pour personnes désorientées, p. 10

Annexe 18 : Détail des surfaces et rez-de-chaussée surélevé

Détail des surfaces

REZ-DE-CHAUSSEE surélevé

06,0 loggia
14,0 salon
13,3 cuisine
32,1 séjour
06,0 WC salle d'eau
14,3 dégagement
85,7 total RDC existant

ETAGE

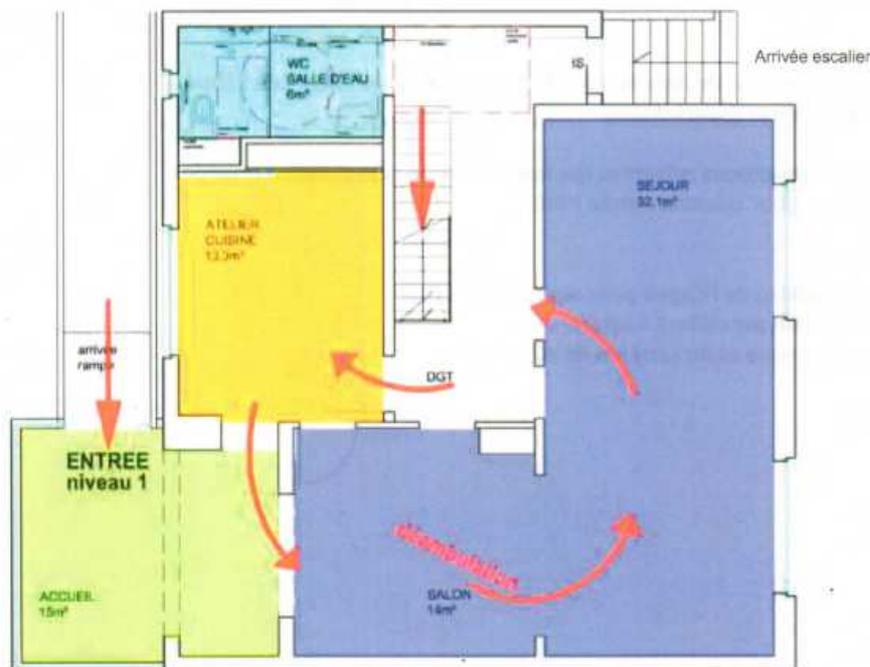
26,6 bureau
12,2 salon1
09,9 salon2
05,6 salle d'eau
06,0 dégagement
60,3 total étage existant

146,0 total au sol actuel existant

08,5 terrasse

154,5 total après extension (fermeture terrasse)

Rez-de-chaussée surélevé – Plan réalisé par bureau d'étude OTE



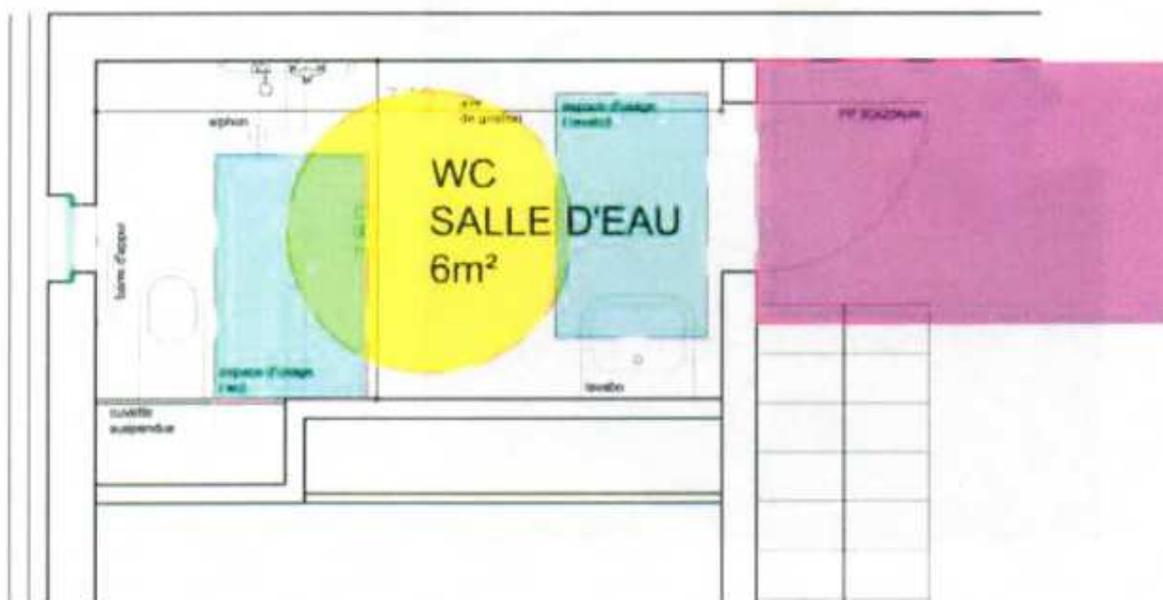
- Création d'une entrée dans la maison pour personnes à mobilité réduite, à l'arrière de la maison sur la terrasse existante
- Fermeture et couverte de cette entrée PMR
- Transformation de la salle d'eau existante en salle d'eau PMR
- Suppression d'une cloison pour création d'un circuit de déambulation pour personnes désorientées

12

Source : RMK. 2015. Demande d'autorisation de modifier un établissement recevant du public : adaptation de la maison de fonction en pavillon d'accueil de jour pour personnes désorientées, p. 12

Annexe 19 : Transformation salle d'eau pour PMR

Rez-de-chaussée surélevé – Plan réalisé par OTE
transformation de la salle d'eau existante
en salle d'eau Personnes à Mobilité Réduite



Source : RMK. 2015. Demande d'autorisation de modifier un établissement recevant du public : adaptation de la maison de fonction en pavillon d'accueil de jour pour personnes désorientées, p. 14

Annexe 20 : Permis de construire

DÉPARTEMENT DU BAS RHIN
COMMUNE de BARR

PERMIS DE CONSTRUIRE
(délivré par Le Maire au nom de la Commune)

DEMANDE DE PERMIS DE CONSTRUIRE déposé le : 23/08/2016 par : EHPAD RESIDENCE MARCEL KRIEG demeurant : 11 Avenue Dr Marcel Krieg 67140 BARR représentant : Mme LACOUR GISELE terrain sis : 5 RUE DE LA PROMENADE pour : L'adaptation d'une maison en pavillon d'accueil de jour pour personnes désorientées	dossier n° : PC 067 021 16 R0027 Surface de plancher : 13 m ²
Réf. Cadastres : SEC 05 PAR 08	HOPITAL MARCEL KRIEG ARRIVÉ LE 15 JAN. 2017 67142 BARR CEDEX

Le Maire,

VU la demande de Permis de construire susvisée,
VU le Code de l'Urbanisme,
VU le Plan d'Occupation des Sols approuvé le 24/05/2001, modifié les 16/05/2003, 31/05/2005, 27/03/2006, 02/06/2008, 20/12/2010, 11/06/2012 et 03/03/2014,
VU le Plan Local d'Urbanisme Intercommunal prescrit le 01/12/2015,
VU les pièces complémentaires fournies le 12/10/2016,
VU la Loi du 02/05/1930 modifiée relative à la protection des Monuments Naturels et des Sites,
VU l'avis favorable assorti de prescriptions de l'Architecte des Bâtiments de France en date du 14/10/2016,
VU l'accord du Maire sur la demande de travaux sur E.R.P au titre de l'article L.111-8 du Code de la Construction et de l'Habitation en date du 09/01/2017,

ARRÊTÉ :

ARTICLE 1 : Le permis de construire est ACCORDÉ pour la demande susvisée sous la réserve suivante :
Les prescriptions de l'Architecte des Bâtiments de France seront strictement respectées (voir avis joint).

Information :

Fiscabilité : Le bénéficiaire de la présente autorisation est redevable de la taxe d'aménagement et de la redevance d'archéologie préventive qui seront établies et liquidées par les services de l'Etat chargés de l'urbanisme dans le département (la Direction Départementale des Territoires) dans les conditions prévues aux articles L.331-19 et L.331-20 du code de l'urbanisme.



BARR, le 10/01/2017

Le Maire


GILBERT SCHOLLY

La présente décision est transmise au représentant de l'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 2131-2 du code général des collectivités territoriales. Elle est exécutoire à compter de sa réception.

Le (ou les) demandeur (s) peut (s) contester la légalité de la décision dans les deux mois qui suivent la date de réception. A cet effet il peut saisir le tribunal administratif territorialement compétent d'un recours contentieux.

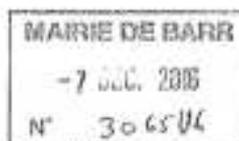
Durée de validité de permis / de la déclaration préalable :

Conformément aux articles R.424-17 et R.425-10 du code de l'urbanisme, l'autorisation est périmée si les travaux ne sont pas entrepris dans le délai de trois ans à compter de sa notification au (s) bénéficiaire(s).

D'un coté de même si, passé ce délai, les travaux sont interrompus pendant un délai supérieur à une année.

En cas de recours le délai de validité de permis / de la déclaration préalable est suspendu jusqu'au prononcé d'une décision juridictionnelle irrévocable.

Annexe 21 : Classement de l'ADJ en ERP de 5^{ème} catégorie



Obernai, le 01 décembre 2016

**SOUS-COMMISSION
DEPARTEMENTALE DE
LA SECURITE - ERP - IGH -**
S.D.J.S. 67 – Service Prévention
Bâtiment « Le Pirame » - 2, route de Paris
67007 STRASBOURG cedex 2
Affaire suivie par : Adjudant-chef REISS Bernard
Réf : DR/ASB - D-2016-608702

**Le Président de la Sous-Commission Départementale
de la Sécurité ERP-IGH du Bas-Rhin**

à

**MAIRIE DE BARR
1 Place de l'Hôtel de Ville
67140 BARR**

Objet : PV de classement d'un ERP de 5^{ème} catégorie

ERP concerné : E-021-00037 – PAVILLON D'ACCUEIL DE JOUR – 5 RUE DE LA PROMENADE – 67140 BARR

Réf : PC 067 021 16 R 0027 / ATIP OBERNAI

Règlementations applicables :

- Code du travail (articles R. 4216-1 et suivants et R. 4227-1 et suivants)
- Code de la Construction et de l'Habitation (articles R123-1 à R. 123-55)
- Arrêté du 22 juin 1990 fixant le règlement de sécurité des ERP de 5^{ème} catégorie
- Arrêté du 23 Juin 1978 modifié concernant les dispositions dans les chaufferies
- Art L. 2213-32, L2225-1 à L. 2225-4 du CGCT
- Arrêté du 15 décembre 2015 fixant le référentiel national de la défense extérieure contre l'incendie

Après examen du dossier ci-dessus référencé, je vous informe que la sous-commission de sécurité, lors de sa séance du 01/12/2016, a procédé au classement de l'établissement PAVILLON D'ACCUEIL DE JOUR en ERP du 2^{ème} groupe de 5^{ème} catégorie, avec une activité de type J et un effectif de 12 personnes.

Cet établissement figure sur la liste départementale des établissements recevant du public. S'agissant d'un établissement de 5^{ème} catégorie, sans locaux à sommeil, il n'est pas soumis à visite de réception ou visite périodique.

Les prescriptions suivantes devront être respectées par l'exploitant :

1. Respecter les dispositions de l'arrêté du 22 juin 1990 relatif à la protection contre l'incendie dans les établissements de 5^{ème} catégorie.
2. Respecter les dispositions de l'article GN 8 relatives aux principes fondamentaux de conception et d'exploitation d'un établissement pour tenir compte de l'incapacité d'une partie du public à évacuer ou à être évacué rapidement.
3. Les constructeurs, propriétaires et exploitants des Etablissements Recevant du Public sont tenus, tant au moment de la construction qu'au cours de l'exploitation, de respecter les mesures de prévention et de sauvegarde propres à assurer la sécurité des personnes ; ces mesures sont déterminées compte tenu de la nature de l'exploitation, des dimensions des locaux, de leur mode de construction, du nombre de personnes pouvant y être admises et de leur aptitude à se soustraire aux effets d'un incendie (art. R 123-3 du CCH).

Le Président,


M. Stéphane CHIPPONI
Sous-Préfet de l'arrondissement
de SELESTAT-BASTEN

Annexe 22 : Grille d'évaluation commission de recrutement



**Résidence
Marcel Krieg**

EHPAD - hébergement, accompagnement,
services aux séniors

11 Avenue de Dr Marcel Krieg
8740013 - 87142 Benoitex
tel 03 88 08 92 00 - fax 03 88 08 36 18

SELECTION DES CANDIDATURES

AS - AMP

Date :

Composition du jury :	NOTE :
- - / 20

CRITERES	INDICATEURS
Présentation Evocation du parcours professionnel Motivations pour la fonction (5 minutes)	- Expression écrite (structuration, syntaxe) - Expérience professionnelle (durée, variété) - Formation - Argumentation du choix professionnel - Connaissance des points forts et des points à améliorer
 / 5
Quelle est votre représentation de la fonction d'AS/AMP en Accueil de jour ? (15 minutes) Expression orale	- Compréhension de la question - Argumentation synthétique et claire - Capacité de réflexion et d'analyse - Implication dans l'argumentation - Capacité d'écoute
 / 5
Connaissances et capacités (critères 2 & 3 : ½ point ; critère 4 : 2 points)	- Respect du droit des résidents - Capacité d'empathie - Maintien de l'autonomie - Connaissance des règles d'hygiène - Représentation de la fonction
 / 5
Aptitudes	- Fait preuve de dynamisme - Est capable de gérer ses émotions - Fait preuve de curiosité et d'ouverture d'esprit - Est capable de se remettre en question - Fait preuve de positionnement
 / 5

Appréciation générale :

Signatures :

Annexe 23 : Exemple de projet d'accompagnement personnalisé



EHPAD MARCEL KRIEG

11 avenue du Dr Marcel KRIEG 67140 BARR
 Tél. : 03.88.08.92.00 Fax : 03.88.08.06.18
 contact@ehpadbarr.fr

14/08/1936

> ACJ > Accueil de jour

Programme : "Projet d'accompagnement personnalisé"

Auteur : [redacted]

Référents : [redacted]

Objectifs

Rompres avec la solitude à domicile et créer du lien.

Maintenir le lien familial.

Stimuler et valoriser ses capacités motrices et cognitives (attention particulière à son aphasie et son hémiplégié).

Favoriser son autonomie et respecter sa dignité.

Actions

Accueil deux fois par semaine, mise en place d'activités interactives favorisant les échanges, la convivialité, la communication avec ses pairs.

Visite accompagnée régulière chez son épouse résidente de l'Ehpad RMK.

Transferts et déplacement depuis son domicile (escaliers), activités de maintien en forme à l'AJ, stimulation cognitive.

Mise à disposition d'aides techniques.

Ressources

Equipe pluridisciplinaire, supports d'activité.

Equipe pluridisciplinaire, fauteuil roulant.

Equipe pluridisciplinaire, véhicule, supports d'activité.

Déplacement : canne.

Repas : set antidérapant et bavoir.

Évaluations

Annexe 24 : Types d'activités

Ateliers par thème	Détails	Objectifs selon la circulaire du 29 novembre 2011(1)
Maintien en forme	Gym douce, jeux de ballons, danse...	Stimulation cognitive Bien-être et estime de soi Activité physique
Jeux de mémoire	Questions/réponses, memory, intrus...	Stimulation cognitive Bien-être et estime de soi
Activité manuelle	Bricolage de saison (pâques, Noël), peinture, dessin, poterie...	Stimulation cognitive Bien-être et estime de soi Activité physique
Jeux de société	Petits chevaux, jeu de dame, domino...	Stimulation cognitive Bien-être et estime de soi
Bien-être	Manucure, relaxation, massage...	Bien-être et estime de soi
Jeux d'adresse	Billard hollandais, cible velcro, bowling...	Stimulation cognitive Bien-être et estime de soi Activité physique
Eveil des sens	Loto des senteurs, toucher, zoothérapie...	Stimulation cognitive Nutrition Bien-être et estime de soi
Activité culturelle	Cinéma, lecture, chants...	Stimulation cognitive Bien-être et estime de soi
Atelier cuisine	Soupe, pâtisserie, repas thérapeutique...	Stimulation cognitive Nutrition Bien-être et estime de soi

Annexe 25 : Programme des activités de la semaine



ACTIVITES DE LA SEMAINE...

JUIN 2018

	LUNDI 25 juin 2018	MARDI 26 juin 2018	MERCREDI 27 juin 2018	JEUDI 28 juin 2018	VENDREDI 29 juin 2018
Matin	Collation Lecture du journal	Collation Lecture du journal	Collation Lecture du journal	Collation Lecture du journal	Collation Lecture du journal
	Eveil des sens	Soupe	Jeux de mémoire	Pâtisserie	Activité manuelle
Midi	Mise en place de la table Déjeuner	Mise en place de la table Déjeuner	Mise en place de la table Déjeuner	Mise en place de la table Déjeuner	Mise en place de la table Déjeuner
Après-midi	Détente Maintien en forme Collation	Détente Jeux de société Collation	Détente Bien être Collation	Détente Activité culturelle Collation	Détente Jeux d'adresse Collation

Annexe 26 : Compte administratif 2017

Recettes 2017 de l'ADJ

Libellés	BP Héb.	Réel Héb.	BP Soins	Réel Soins	Réel total
Gr I : prod. de la tarification	94 423	76182	109 710	71 271	147 453
Dotations soins			71 271	71 271	71 271
Dotations transport		38 439	38 439		38 439
Part hébergement	94 423	37 743			37 743
Gr II : autr. produits					
Gr III : prod. financiers					

Source : Résidence Marcel Krieg, Rapport d'activités, compte administratif, exercice 2017.

Dépenses 2017 de l'ADJ

Libellés	Réel Héb	Réel Soins	Réel total
Gr I : dep. aff. exploitation courante	12 219		12 219
Gr II : dep. aff. au personnel	54 411	66 125	120 536
Gr III : dep. aff. structure	9 323		9 323

Source : Résidence Marcel Krieg, Rapport d'activités, compte administratif, exercice 2017.

Résultat ADJ par section tarifaire :

	HEB ADJ	SOIN ADJ	TOTAL ADJ
Total Recettes	76 182	71 271	147 453
Total Charges	75 953	66 125	142 078
Résultat d'exploitation 2017	229	5 146	5 375

Source : Résidence Marcel Krieg, Rapport d'activités, compte administratif, exercice 2017.

Je dois apporter une précision concernant le financement du transport : il émane des crédits de l'assurance maladie section soins et doit ainsi figurer en totalité dans le budget soin, en recettes et en dépenses. Néanmoins, la réglementation prévoit que l'intégralité du forfait transport doit être utilisée aux fins pour lesquelles il est accordé et que la situation excédentaire ou déficitaire résultant de l'organisation d'une solution de transport pour les usagers en ADJ doit être supportée au final par la section tarifaire relative à l'hébergement et non par la section tarifaire relative aux soins. Les dépenses sont réalisées sur la section hébergement et comprennent le coût des agents assurant le transport, le remboursement aux résidents n'utilisant pas le transport, le carburant, les assurances et les frais d'entretien du véhicule. Les recettes, soit la dotation transport dans sa totalité, sont imputées sur la partie hébergement.

En conséquence, ce que je n'ai pas utilisé sur le forfait transport reste sur la section hébergement accueil de jour, ce qui permet d'équilibrer les comptes.

Annexe 27 : Canaux de communication interne au sein de RMK

Canal	Emetteur	Récepteur	Fréquence	Support et diffusion
Transmission orale	Equipe AS/IDE	Equipe AS/IDE et direction	3 / jour	Oralité
Transmission écrite	Equipe AS/IDE	Equipe AS/IDE et direction	3 / jour	Logiciel de soins
Note d'information	Direction	Agents	Quand nécessaire	Papier, affichée en salle de pause et dans les salles de soins
Réunion d'information	Direction et agents	Direction et agents	Quand nécessaire	Oralité et compte rendu affiché en salle de pause
Réunion d'équipes	Direction et agents	Direction et agents	1 / mois	Idem
Réunion de CTE	Direction et IRP	Direction et IRP	4 / an	Idem
Réunion de CHST	Direction et IRP	Direction et IRP	4 / an	Idem
Réunion du CVS	Direction, résidents, familles et agents	Direction, résidents, familles et agents	3 / an	Idem
Réunion du CA	Membres du CA, et direction	Membres du CA, et direction	4 / ans	Oralité et compte rendu diffusé aux membres du CA
La gazette des résidents	Animatrices	Agents, résidents, familles	3 / ans	Papier, journal interne distribué aux résidents

Annexe 28 : Plan de communication externe de l'ADJ

Accueil de jour « Maison de la Promenade »

Objectifs	Cible	Dates et Moyens	Evaluation
Répondre à l'AAP et convaincre des capacités de RMK à prendre en charge la création d'un ADJ.	Autorités de tarification (ARS et CD 67).	Décembre 2015. Réponse à l'appel à projet.	RMK est lauréat de l'AAP.
Faire connaître la date prochaine de l'ouverture de l'ADJ et lancer des invitations à l'inauguration	Professionnels libéraux. CA, Conseil municipal, partenaires, ARS et CD67	Mars 2017. Article dans la presse. Plaquette. Mailing courrier. Invitation à l'inauguration.	30 personnes présentes à l'inauguration
Informersur l'ouverture de l'ADJ et permettre la visite du service.	Les habitants de Barr et environs. Les professionnels libéraux.	Avril 2017 Article dans la presse. Plaquette. Mailing courrier.	22 personnes sont venues visiter l'ADJ pendant la journée portes-ouvertes.
Relancer l'information sur l'existence de l'ADJ, ses objectifs en lien avec le mois des aidants, développer partenariat et actions communes.	Les habitants de Barr et environs. Les professionnels libéraux. Les services d'aide à domicile. Alsace Alzheimer. Plateforme de répit Rivage.	Septembre 2017 Article de presse. Plaquette. Nouvelle journée portes-ouvertes.	5 personnes sont venues visiter l'ADJ lors de cette deuxième journée portes-ouvertes.
Même objectif, autour du 1 ^{er} anniversaire de l'ADJ.	Les habitants de Barr et environs. Les professionnels libéraux. Les services d'aide à domicile.	Avril 2018 Article de presse. Plaquette.	4 personnes ont pris contact avec l'ADJ suite à l'article paru dans la presse.
Développer des partenariats et créer des réflexes vers l'ADJ, un service incontournable du maintien à domicile.	Les professionnels libéraux. Les services d'aide à domicile. Les partenaires.	Tout au long de l'année. Contacts téléphoniques. Visites du service.	
Recueillir la satisfaction des personnes accueillies et des aidants proches.	Les personnes accueillies et leurs aidants proches	Juin 2018. Questionnaire de satisfaction.	37 questionnaires envoyés. 21 réponses obtenues.

Par partenaires, j'entends le PRAG, la MAIA, la plateforme de répit Rivage, Alsace Alzheimer, les services d'aides et de soins à domicile.

Annexe 29 : Programme de formation de la Plateforme Rivage

Venez participer à une formation qui vous est destinée

Formation des Aidants
Barr

Animée par des formateurs expérimentés, cette formation comprend 6 modules permettant de se questionner et d'analyser sa situation et de connaître ses propres ressources et celles de son environnement.

Un programme national de : avec le soutien de : organisé par :

Avec le soutien de l'Accueil de Jour de Barr

Une formation : dans quel but ?

La Formation des Aidants est un dispositif proposant plusieurs **modules de formation à destination des proches aidants**. La formation a pour objectifs de se questionner et d'analyser les situations vécues dans la relation au proche malade, en situation de handicap ou de dépendance afin de trouver les réponses adéquates à ses situations. L'objectif est aussi de mieux connaître et mobiliser les ressources existantes près de chez soi.

Les détails par module :

1

Module 1 : Quand la maladie, le handicap s'imisce dans la relation au proche

Le module 1 propose d'interroger la manière dont chacun se représente la maladie ou le handicap et ses effets sur les capacités et le comportement de son proche. Il s'agit également de réfléchir sur la manière dont on s'investit dans la relation d'aide. Il sera proposé des repères et d'approfondir ses connaissances sur différents concepts (autonomie, dépendance, handicap, maladie).

2

Module 2 : Être aidant : une posture, des besoins, des attentes et des limites

Le module 2 a pour objectifs de permettre à chacun d'identifier ses représentations de la relation d'aide et en interroger la nature et ses limites. Chacun pourra ainsi questionner sa propre santé, son ressenti et reconnaître ses besoins et les limites qu'il souhaite établir dans son rôle d'aidant.

3

Module 3 : La relation au quotidien avec son proche

Le module 3 propose à chacun d'identifier les changements intervenus dans la relation quotidienne avec son proche, de réfléchir à la place et au rôle que l'on occupe auprès de lui tous les jours. Le formateur proposera d'identifier des pistes pour se repositionner en tant que frère, épouse, enfant, ami au quotidien.

4

Module 4 : Trouver sa place avec les professionnels

Le module 4 invite les aidants à identifier quelles peuvent être les difficultés rencontrées dans les relations avec les professionnels. Ceci pour être dans une relation équilibrée avec ces derniers et son proche afin que chacun puisse avoir une vision claire de son rôle et de sa place.

5

Module 5 : Comment s'y prendre avec son proche pour les gestes de la vie quotidienne ?

Il s'agit, à travers de ce module 5, d'identifier les gestes de la vie quotidienne qui posent problème et de repérer les aides humaines et techniques existantes pour relever ces difficultés. Ainsi, chacun pourra trouver ses propres solutions pour faciliter la réalisation de certains gestes.

6

Module 6 : Comment concilier sa vie d'aidant avec sa vie personnelle et sociale ?

Ce dernier module permet d'interroger sa vie personnelle – sociale, familiale, professionnelle – et la manière dont elle est impactée par son rôle d'aidant. Il s'agit également de connaître les dispositifs pouvant faciliter la conciliation entre vie d'aidant et vie personnelle pour définir les stratégies que chacun peut et souhaite mettre en œuvre pour soi-même.

Ce programme de formation est élaboré par l'Association Française des aidants :

Depuis sa création en 2003, l'**Association Française des Aidants** écoute et porte la parole des aidants. Face à une prise en compte de leur situation encore insuffisante, voire négative ou parfois même condescendante, elle milite pour que les aidants soient pris en considération dans leur juste rôle et leur juste place.

Où et quand ?

- **Module 1** : Le mercredi 23 mai 2018 de 13h30 à 16h30
- **Module 2** : Le mercredi 30 mai 2018 de 13h30 à 16h30
- **Module 3** : Le mercredi 6 juin 2018 de 13h30 à 16h30
- **Module 4** : Le mercredi 13 juin 2018 de 13h30 à 16h30
- **Module 5** : Le mercredi 20 juin 2018 de 13h30 à 16h30
- **Module 6** : Le mercredi 27 juin 2018 de 13h30 à 16h30

Le cycle aura lieu à la **Résidence Marcel Krieg – 11 avenue du Dr Marcel Krieg – 67140 Barr**

Le temps de la formation, votre proche peut être accueilli sur place, si vous le souhaitez. **Merci de nous le préciser lors de votre inscription.**

Et concrètement ?

La Plateforme Rivage et l'Association Française des aidants vous proposent un programme de formation de 18 heures séquencé en 6 modules de 3 heures. Les deux premiers modules constituent le socle et seront suivis par quatre autres modules complémentaires. La formation a été construite comme un parcours d'accompagnement et nous vous invitons, si vous le pouvez, à suivre l'ensemble des six modules.

Rivage est une plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants familiaux accompagnant un proche âgé.

La formation est gratuite mais le nombre de places est limité. Nous vous invitons à vous y inscrire le plus rapidement possible.

Pour obtenir des informations supplémentaires ou vous inscrire :

Elodie DELBANO
03 88 82 09 64 - edelbano@apa.asso.fr

Annexe 30 : Tableau de bord de l'évaluation du service d'ADJ

Critères d'évaluation	Outils	Indicateurs
Satisfaction des personnes accueillies et des aidants proches	Questionnaire d'enquête de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de questionnaires envoyés - Nombre de réponses en retour - Taux de satisfaction des personnes
Socialisation des personnes, maintien des capacités physiques et cognitives	Animations favorisant ces objectifs Questionnaire de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'activités mises en place - Satisfaction des personnes
Qualité de l'accompagnement	Projet d'accompagnement personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de projets d'accompagnement mis en place
Viabilité financière	Compte de résultat	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat excédentaire ou déficitaire - Montant de ce résultat
Fréquentation de l'ADJ	Tableau de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation mensuel - Nbre de personnes ayant quitté l'ADJ et les raisons - Nbre de personnes ayant augmenté ou diminué leur fréquentation et les raisons
Impact du plan de communication	Questionnaire d'enquête de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre de personnes ayant connu l'ADJ grâce au plan de communication - Nbre de personnes ayant connu l'ADJ par un autre canal
Qualité du partenariat institutionnel (ARS, CD)	Rencontres ou échanges, rapidité et qualité des décisions	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre de rencontres ou échanges - Délai de réponse - Retard du projet
Qualité du partenariat professionnel	Rencontres, dossiers APA, orientations vers des services à domicile ou vers une plateforme de répit	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre de rencontres - Nbre de révision ou de création de dossiers APA - Nbre d'aidants ayant bénéficié d'une formation ou d'une solution de répit - Nbre de prestations à domicile mises en place

STEIBLE

Christine

Septembre 2018

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : Estes Strasbourg

**CREER UN ACCUEIL DE JOUR AU SEIN D'UN EHPAD
POUR FACILITER LE MAINTIEN A DOMICILE
DES PERSONNES AGEES**

Résumé :

Le vieillissement de la population et les politiques publiques en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, m'amènent à m'interroger sur les services offerts par les professionnels de la ZP d'Obernai-Sélestat (Bas-Rhin) et plus particulièrement par l'Ehpad « Résidence Marcel Krieg » que je dirige. L'analyse de l'offre territoriale fait apparaître une insuffisance de structure de répit et plus particulièrement l'absence d'accueil de jour, qui offre une approche indispensable pour permettre répit et resocialisation à l'aidant comme à la personne aidée.

Après un travail de diagnostic externe et interne et suite à un appel à projet conjoint ARS et Conseil Départemental, je décide de présenter un dossier de candidature pour la création d'un accueil de jour de 12 places pour personnes âgées en perte d'autonomie ou atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Cet ADJ ouvre ses portes en avril 2017 et enregistre, un an plus tard, un taux d'occupation de 85 %.

Mots clés :

Personnes âgées, maintien à domicile, répit, aidant, accueil de jour, Ehpad, dépendance, Alzheimer, socialisation.

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