Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-social

Promotion :**2014-2015**

Date du jury : **Décembre 2015**

Quelle alternative à l'EHPAD dans le territoire Gaillacois ?

Yoann CAMPOCASSO

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance à Monsieur Ancilotto, mon encadrant mémoire, pour ses conseils, l'ouverture d'esprit qu'il transmet grâce à sa passion qu'il a pu me faire partager durant mon stage ainsi que Madame Muniglia, ma référente mémoire, pour son encadrement et ses conseils.

Je remercie également Monsieur Joucla, mon maître de stage, pour sa disponibilité et ses conseils.

Je souhaite exprimer mes remerciements à Madame Rivière, directrice adjointe, qui a été présente pour m'accompagner dans ce stage avec un regard toujours bienveillant.

Je voudrais aussi dire ma gratitude à toutes les personnes que j'ai eu la chance de pouvoir rencontrer dans le cadre de ce mémoire.

Enfin, je remercie l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier de Gaillac pour leur accueil.

S o m m a i r e

Introduction 1

1 Les Établissements d'Hébergements pour Personnes Âgées 4

1.1 Présentation des EHPA 4

1.1.1 Le cadre légal des EHPA 4

1.1.2 Présentation des foyers-logements et de l'évolution de leur cadre légal 4

1.1.3 Les autres formes d'habitat 7

1.1.4 Présentation du concept des maisons partagées 8

1.1.5 Le fossé entre le domicile et l'EHPAD 10

1.2 Le Centre Hospitalier de Gaillac 12

1.2.1 Présentation du Centre Hospitalier de Gaillac 12

1.2.2 Le parcours de vie et la diversification de l'offre du CH de Gaillac 14

2 L'étude du besoin pour le CH de Gaillac 15

2.1 Méthodologie 15

2.2 Le diagnostic 17

2.2.1 Le constat au plan national et local 17

A) Plan national 17

B) Plan local 19

2.2.2 Les besoins caractéristiques de l'habitat intermédiaire 24

A) Les raisons d'une entrée en EHPA 24

B) La complémentarité entre un foyer-logement et un EHPAD 26

C) L'évolutivité de l'offre 28

D) La gestion de la symbolique 29

E) L'intégration des gérontotechnologies 31

F) La place de la cité et la vie sociale 31

G) L'aspect financier 32
H) La prévention de la perte d'autonomie 34
2.2.3 La conception du projet 35
3 Propositions 37
3.1 Les points communs aux deux propositions 37
3.1.1 La symbolique : une unité à part 37
A) L'architecture 37
B) L'expression des usagers 38
C) La gestion de l'unité 39
3.1.2 Ouverture vers l'extérieur 39
A) La vie sociale 40
B) Le partenariat 40
3.1.3 La prévention de la perte d'autonomie 41
A) La prévention directe 41
B) La conception de la prise en charge 42
3.1.4 La préparation des entrées et des sorties 42
A) Le mobilier 43
B) La gestion des demandes 43
C) La gestion de la réorientation 44
3.1.5 Une offre évolutive dans le temps 45
A) La conception 45
B) La modularité 45
3.1.6 Une offre "clé en main" 45
A) Les prestations 45
B) Le rôle du personnel de l'unité 46
C) La mutualisation 47
D) L'aspect financier 48

3.2 Les spécificités de la proposition pour un foyer-logement 50
3.2.1 L'architecture.....50
3.2.2 Les repas 50
3.3 Les spécificités de la proposition pour une maison partagée adaptée au CH de Gaillac.....51
3.3.1 L'architecture.....51
3.3.2 La vie quotidienne 51
3.3.3 L'ingénierie sociale.....51
3.4 Synthèse des deux propositions.....52
3.4.1 Les points communs 52
3.4.2 Le foyer-logement 52
3.4.3 Les maisons partagés 53
Conclusion..... 54
Sources et bibliographie..... 57
Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements Sociaux et Médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail
CASF : Code de)- et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCH : Code de la Construction et de l'Habitat
CG : Conseil Général
CH : Centre Hospitalier
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FL : Foyer-Logement
GIR : Groupe Iso-Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
HCLPD : Haut Conseil pour le Logement des Personnes Défavorisées
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LF : Logement-Foyer
MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PLH : Programme Local de l'Habitat
PRS : Projet Régional de Santé
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
PUV : Petite Unité de Vie
PVI : Projet de Vie Individualisé
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

Introduction

Le vieillissement de la population prend une grande ampleur en France. L'espérance de vie en France augmente chaque année. En 2013, elle était de 85 ans pour les femmes et de 78,7 ans pour les hommes[1]. L'espérance de vie en bonne santé croît elle aussi.

"*La France connaît une profonde transformation structurelle de sa population par classes d'âge, avec dans les années à venir, un accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus*"[2].

Si la part des personnes âgées de plus de 60 ans augmente, la société toute entière doit s'interroger sur les changements que cela va provoquer. 17,1 % de la population française est constituée de personnes âgées de 65 ans ou plus et en dix ans ; il y a eu une augmentation de plus de 22 % des plus de 60 ans[3].

"*Entre 2006 et 2050, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler pour atteindre 22 %. Ce sera la première fois dans l'histoire de l'humanité que les personnes âgées seront plus nombreuses que les enfants*."[4]

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) explique à ce sujet que "*L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.*"[5]La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus va, entre 2015 et 2060, passer de 18,6 % à 26,7 %, c'est à dire, d'environ 12 millions de personnes à 19,6 millions de personnes.

Parallèlement à ce vieillissement grandissant, la population française suit une courbe croissante, "*La France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007*"[6], ce qui montre un changement dans la pyramide des âges de la France.

---

[1] Données issues de l'INSEE

[2] AQUINO JP., GOHET P., MOUNIER C., 2013, "Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société", *comité avancée en âge, prévention et qualité de vie*, page 6

[3] Données 2012 issues de l'INSEE

[4]PINVILLE M., 2013, "Relever le défi politique de l'avancée en âge", page 7

[5]2010, "Projections de population à l'horizon 2060", Insee, pages 1-2

[6] ibidem

Cette transition démographique qui est en train de s'opérer en France pose la question de l'adaptation des politiques publiques au vieillissement de la population, enjeu majeur de notre société pour les prochaines années. Le nom du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement illustre parfaitement la question actuelle de la transition démographique.

Actuellement, les politiques publiques prônent le maintien à domicile, la maison de retraite demeurant, quant à elle, le symbole du dernier lieu de vie. Les personnes âgées souhaitent pouvoir vivre chez elles et entrer en institution lorsqu'aucune autre alternative n'est possible. Le rapport sur l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie souligne "*Le souhait exprimé par les personnes âges (80 %) de rester à domicile le plus longtemps possible*"[7].
Pourtant, nous pourrions justement et légitimement nous poser la question de quelle alternative il serait possible de proposer devant les difficultés que peuvent poser une prise en charge lourde pour qu'une personne âgée puisse rester à son domicile.

À Gaillac, commune dépassant les 13 000 habitants, il n'existe pas de structure d'hébergement intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite. Quatre foyers-logements proposent leur offre sur une distance de moins de 30 kilomètres de Gaillac mais ces offres s'adressent principalement à la population de chaque ville respective. Trois d'entre eux ont un nombre de places réduit à environ 20 personnes et un est plus important avec 74 places mais, pour autant, il n'arrive pas à satisfaire complètement la demande.
Le Centre Hospitalier (CH) de Gaillac propose, de son côté, une prise en charge "classique" d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il est composé de deux Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dont l'un se situe en centre-ville et jouit ainsi d'une situation géographique idéale. Mais le bâtiment est d'une grande taille et il n'a pas encore pu être restauré en totalité ; il reste une aile plus ancienne à rénover.
La nécessité de restaurer cette partie du bâtiment donne l'opportunité d'interroger l'offre d'accueil en direction des personnes âgées. Deux possibilités peuvent ainsi être envisagée : une prise en charge en EHPAD classique, en rénovant simplement les locaux, ou alors une alternative à l'EHPAD.

[7] IMBAUD D., 2011, "Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie", *rapport du groupe de travail sur la prise en charge de la dépendance n°3*, page 18

La question centrale dès lors est celle de l'adaptation de l'offre du CH de Gaillac au besoin du territoire.
Cette situation suppose également de s'interroger sur les modalités de diversification des prises en charge des personnes âgées, dans la perspective de mieux répondre au besoin de la population. Le besoin de sécurité, le niveau de ressource des personnes âgées de Gaillac, par exemple, sont des éléments à prendre en considération pour la mise en œuvre du projet.

Pour pouvoir répondre à ces questions, j'ai commencé par une analyse des documents internes à l'établissement et de la littérature disponible sur les hébergements alternatifs (le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement et les différents rapports préliminaires), des données issues de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), des articles sur le ressenti des usagers, et des documents traitant de la situation des personnes âgées dans le territoire. J'ai ensuite pu mener des entretiens avec des gestionnaires d'établissements, des partenaires extérieurs et des usagers. Les entretiens avec des gestionnaires d'établissements ont souvent été une opportunité pour pouvoir visiter de nombreuses structures[8].

Une première partie présentera un apport théorique sur les hébergements intermédiaires ainsi qu'une présentation du CH de Gaillac et de l'offre qu'il propose.
La deuxième partie approfondira la méthodologie utilisée et traitera du diagnostic effectué, avec une étude du besoin des personnes âgées sur le plan national et local, puis des besoins caractéristiques de l'habitat intermédiaire.
La dernière partie sera consacrée à deux propositions faites au CH de Gaillac pour répondre à la question de l'adaptation de l'offre au besoin du territoire Gaillacois avec une partie consacrée au foyer-logement et une autre aux maisons partagées.

[8] Je reviendrai plus précisément sur ma méthodologie dans la seconde partie de ce mémoire.

1 Les Établissements d'Hébergements pour Personnes Âgées

Les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) recouvrent un grand nombre d'établissements proposant des prises en charges parfois très disparates qu'il est nécessaire de présenter.

1.1 Présentation des EHPA

1.1.1 Le cadre légal des EHPA

L'EHPA est un établissement social et médico-social tel que défini à l'article L 312-1.I.6° du code de l'action sociale et des familles :

« *Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :[...]*

6° Les établissements et les services 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 ; »

Ils peuvent relever de trois statuts différents :

- Privé lucratif (gérés par des sociétés commerciales) ;
- Privé non lucratif (rattachés à une fondation ou à une association) ;
- Public (autonomes ou rattachés à un établissement sanitaire ou à une collectivité locale).

Dans la catégorie des EHPA, figure en particulier le Foyer-Logement (FL).

1.1.2 Présentation des foyers-logements et de l'évolution de leur cadre légal

Les FL sont un ensemble de logements indépendants pour personnes âgées avec des espaces communs. Chaque résident possède une chambre qui lui est propre ; il en est le locataire. Il doit donc s'acquitter d'un loyer mais également d'une redevance pour les services collectifs qui sont mis à sa disposition.

Les FL relèvent de deux codes : ils sont définis aux articles 6 et 7, L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, ainsi qu'à l'article L. 633-1 du Code de la Construction et de l'Habitat (CCH) qui précise : « *Un logement-foyer, au sens du présent chapitre, est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.*

Il accueille notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées. »

Les FL constituent une offre intermédiaire entre le domicile et l'institution.

Ils ont été créés à partir des années 1950. Le rapport Laroque en 1962 en fait la promotion. Les trois quarts des 10 300 FL furent construits entre 1950 et 2000[9].

Au début, les constructions se faisaient plutôt sur des sites considérés comme calmes pour que les personnes âgées puissent se reposer. Par la suite, les constructions se sont plutôt faites dans les murs de la ville, pour permettre aux résidents de profiter des commerces et de la vie urbaine.

La majorité est gérée par un Centre Communal d'Action Sociale (70%).

Le nombre de places offertes par les foyers-logements a fortement diminué entre 2003 et 2007 avec une baisse de 8%. Fin 2010, 143 000 places étaient disponibles, ce qui représente 20% de l'offre d'hébergement pour personnes âgées[10].

L'explication de cette baisse repose sur plusieurs facteurs :

- Le manque d'informations de la population sur les foyers-logements ;
- Des contraintes fortes ;

En effet, les contraintes pesant sur le foyer-logement sont fortes. Tout d'abord, il est soumis à une double réglementation : à la fois le CCH et le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Ensuite, il doit respecter une double condition pour rester dans le champ du foyer-logement :

  - Posséder un Groupe iso-ressource Moyen Pondéré(GMP) inférieur à 300 ;
  - Avoir moins de 10 % de personnes en Groupe Iso-Ressource (GIR) 1 et 2.

Au-delà, l'établissement doit signer une convention tripartite et ainsi basculer en EHPAD, ce qui explique que de nombreux foyers-logements soient devenus des EHPAD.

- Une montée en charge des résidences-services.

Ainsi, en parallèle du FL, d'autres formes d'habitats avec services se sont développées. Le FL reste dans la réglementation médico-sociale mais d'autres idées ont pu émerger en dehors de ce cadre pour un hébergement alternatif comme les résidences-services, les maisons partagées, le béguinage[11].

L'essor de ces autres formes d'habitats pour personnes âgées a connu et connaît toujours un certain succès tandis que le foyer-logement peine à se faire reconnaître.

---

[9] PERRIN-HAYNES J., 2012, "L'hébergement offert en établissement pour personnes âgées", *DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE*, n°29, pages 5

[10] PERRIN-HAYNES J., 2012, "L'hébergement offert en établissement pour personnes âgées", *DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE*, n°29, pages 17-18

[11] Cf. infra page 5.

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement s'empare de ce sujet. Le gouvernement souhaite moderniser les foyer-logements et les transformer en "*résidence autonomie*"[12].Pour cela, il veut créer un "*forfait autonomie*"[13], qui servira au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie et d'animation, et qu'élargir le plan d'aide à l'investissement pour pouvoir rénover ces lieux et leur apporter plus de modernité. La "*loi repositionne ces établissements [...] comme des acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie*"[14].

Il est ainsi précisé dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement au sujet des FL : "*Ils proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret.*"[15]

Le projet de loi va donc dans le sens d'un repositionnement des FL comme partie intégrante du paysage médico-social avec une mission de prévention forte pour préserver l'autonomie des personnes âgées.

L'étude d'impact du projet de loi prévoit de simplifier la réglementation en supprimant la double législation qui consiste à faire appliquer le CCH et le CASF au sein des FL. Seul le CASF serait applicable car il est mieux adapté aux personnes âgées.

Les contraintes inhérentes à la dépendance des résidents seraient modifiées en une double condition : un nombre de personnes en GIR 3 inférieur à 15% et un nombre de personnes en GIR 1 et 2 inférieur à 10%.La suppression de la barre du GMP à 300 permettrait d'éviter la césure entre la limite imposée de 300 et le niveau moyen du GMP dans les EHPAD qui est de 686.[16]

Pour le gestionnaire d'établissement, il sera donc plus aisé de respecter des restrictions portant sur un nombre de personnes maximum en GIR 1, 2 et 3 plutôt que d'être contraint par un niveau de dépendance global au niveau de l'établissement. En effet, il est difficile de gérer un niveau global de dépendance dans la mesure où une personne âgée peut entrer en GIR 6 puis glisser par la suite vers une dépendance plus forte.

---

[12] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse, 9 septembre 2014, p.4

[13] ibidem

[14] ibidem

[15] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Article 11, 4, III, deuxième alinéa

[16]La moyenne nationale précisée par l'Agence Nationale de l'Evolution et de la qualité des Établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) en 2010 est de 686.

1.1.3 Les autres formes d'habitat

Il existe une offre très hétérogène d'habitat alternatif au foyer-logement. Ces différentes formes se développent en dehors de la loi 2002-2.Ce type d'habitat intermédiaire (entre le domicile et l'EHPAD) s'adresse à des personnes âgées souvent isolées ou fragilisées et en quête de sécurité mais encore autonomes. Il est difficile de lister toutes les initiatives qui peuvent exister mais nous pouvons présenter les formes les plus courantes.

La forme la plus connue est la résidence service pour séniors. De nombreuses publicités fleurissent à ce sujet comme les Sénoriales. La résidence service est le regroupement de plusieurs lieux d'habitations pour personnes âgées uniquement, avec des prestations complémentaires possibles. Le coût varie fortement suivant les prestations choisies. Elles sont généralement gérées par des opérateurs privés.

Les Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Âgées (MARPA) sont des petites unités de vie avec un fonctionnement proche du foyer-logement. Le régime de protection sociale agricole a créé ce principe dans les années 1980. Elles s'adressaient aux personnes âgées vivant dans un milieu rural et qui, auparavant, devaient s'orienter en milieu urbain pour entrer en maison de retraite. L'objectif des MARPA est donc de proposer des logements pour personnes âgées dans un milieu rural afin d'éviter la césure avec leur environnement.
Le bâtiment d'une MARPA visitée est entièrement de plein pied avec une salle à manger et un salon attenant au centre, puis trois ailes avec huit résidents par ailes (pour un total de 24 résidents). Chaque studio est équipé avec une cuisine individuelle[17]. L'ensemble des MARPA respecte ce principe de structure entièrement de plein pied.

Il existe ensuite d'autres formes qui sont plus originales comme les béguinages, à l'instar de la maison des Babayagas.
La maison des Babayagas à Montreuil repose sur un concept assez simple, elle fonctionne comme une maison de retraite mais autogérée directement par les personnes âgées. Elle s'adresse principalement à des personnes âgées disposant de revenus modestes mais, surtout, elle est destinée uniquement aux femmes.
Il existe également un concept nouveau de maison partagée qui pourrait constituer une solution pour le CH de Gaillac.

[17] Description établie à partir de la visite d'une MARPA

1.1.4 Présentation du concept des maisons partagées

La maison partagée est un concept récent de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées qui se développe dans le Tarn.

Il s'agit d'un "*lieu de vie pour personnes âgées en perte d'autonomie et/ou fragilisées*"[18] qui se décline autour d'une maison présentant un salon, une salle à manger et une cuisine équipée en commun avec plusieurs chambres individuelles. Chaque chambre est équipée d'une salle de bain avec toilettes.

Elle fonctionne sur le principe d'une collocation mais pour personnes âgées. Plusieurs personnes âgées cohabitent ainsi ensemble dans la même maison.

On observe un lien fort entre les personnes. Chaque unité n'accueille qu'un nombre limité de personnes (jusqu'à quatre personnes), ce qui facilite les rencontres. La proximité permet de tisser des liens rapidement. En effet, chaque chambre s'ouvre sur l'espace de vie commun et tous les repas sont pris ensemble. L'objectif est de "*maintenir l'insertion sociale des personnes âgées dans le bourg, le village ou la ville en faisant revivre le savoir voisiner*"[19].

Une gouvernante est présente la semaine, de 9 heures à 16 heures, pour assurer le bon fonctionnement de la maison partagée. Elle s'occupe notamment de faire les commandes, de préparer les repas, de faire des animations avec les résidents et elle gère une partie du ménage. Elle assure également la coordination des soins avec l'extérieur lorsque cela s'avère nécessaire.

Les usagers participent aussi aux tâches d'entretien courantes ainsi qu'à la préparation des repas, chacun s'investissant à la hauteur de ses capacités. C'est un fait intéressant à relever car il montre une conception de l'accompagnement différente de l'EHPAD avec la volonté de "*prolonger l'autonomie de la personne âgée dans un environnement stimulant et convivial*"[20].

La participation à la vie collective concourt à la préservation de l'estime de soi chez la personne âgée, une étude explique ainsi "*la nécessité d'activer les liens qui relient les personnes âgées à la société*"[21]. Un gestionnaire d'EHPAD met en avant le fait que "*la personne âgée aura moins tendance à se laisser aller en groupe que lorsqu'elle est seule*"[22].

---

[18] Propos recueillis lors d'un entretien avec un gestionnaire de maisons partagées

[19] Ibid.

[20] Ibid.

[21] DORANGE M., 2003, "Maintenir l'estime de soi des personnes âgées à domicile", *LA SANTE DE L'HOMME*, n°363, page 21

[22] Propos recueillis lors d'un entretien

Le principal motif d'entrée relevé est la solitude. Une résidente l'exprime ainsi à sa manière : "*Avant tout, l'ambiance !*". Le fait d'être à plusieurs avec, en plus, une présence de la gouvernante en journée la semaine, permet à des personnes âgées qui ont peur de rester seules chez elles de ne pas rentrer en EHPAD tout de suite et de prévenir la perte d'autonomie.

Sur ce point, nous pouvons citer l'exemple d'une personne âgée qui, chez elle, oubliait fréquemment d'éteindre le gaz. La famille était inquiète à ce sujet et la personne elle-même se rendait compte du risque potentiel, sans toutefois parvenir à corriger le problème. Avec la présence d'autres personnes dans la maison, le problème a été résolu.

Ainsi, les personnes âgées vont pouvoir s'entraider au quotidien. Il est question de réunir des personnes vieillissantes mais ne nécessitant pas forcément de soins. L'accompagnement est très individualisé.

Par ailleurs, il n'y a pas de présence ou de système d'alerte la nuit. Néanmoins, grâce à cet esprit de coopération, cela ne semble pas poser de problème.

Le modèle est au plus proche du domicile."On *est bien ici, c'est comme à la maison*" déclare une résidente en maison partagée.

Les maisons partagées sont situées dans des territoires ruraux. La gouvernante et la responsable de l'animation de l'organisme gestionnaire des maisons partagées ont su tisser un lien fort avec le village : avec la crèche, avec l'école et le club du troisième âge. Comme le souligne la gouvernante d'une maison partagée, ce "*lien social avec le village*" est important pour permettre l'ouverture vers l'extérieur.

La différence principale avec un FL réside dans la place du collectif qui est beaucoup plus prégnante dans les maisons partagées mais aussi le petit nombre de personnes qui cohabitent ; cela explique aussi sans doute la convivialité, l'esprit familial ; cela évite sans doute d'avoir l'impression de vivre dans une institution. Le modèle se rapproche vraiment du domicile individuel, comme j'ai pu le constater durant la visite d'une maison correspondant tout à fait à l'image de la maison individuelle avec des espaces modernes et lumineux. Par ailleurs, contrairement au FL, les maisons partagées sont non conventionnées.

L'infirmière coordinatrice des maisons partagées évoque cependant une difficulté portant sur le "*casting*" ; il faut avoir des personnes qui soient "*compatibles*", complémentaires.

Chaque personne âgée a son histoire de vie, son caractère, il est donc important qu'au sein d'une unité de seulement quatre personnes, elles s'entendent bien entre elles. C'est un élément qui, s'il n'est pas pensé en amont de l'accueil, peut s'avérer difficile à gérer par la suite. Le système doit donc être évolutif, il faut toujours pouvoir s'adapter aux personnes car la place du collectif est mise au premier plan.

1.1.5 Le fossé entre le domicile et l'EHPAD

"*La prise en charge sociale ou médico-sociale des personnes âgées est considéré en France de façon caricaturalement binaire. On vit "à domicile" ou "en établissement"*"[23].

Le maintien à domicile constitue, en France, un axe fort de la politique actuelle en faveur des personnes âgées. Le postulat est que les personnes âgées souhaitent pouvoir rester chez elles le plus longtemps possible. La maison familiale est d'ailleurs souvent riche d'une histoire importante.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible et que la personne se dirige vers un EHPAD, elle peut se retrouver déracinée et perdre ses repères. L'entrée en EHPAD se fait donc de plus en plus tardivement, au profit du domicile où les personnes restent plus longtemps : "*l'augmentation de l'âge à l'entrée est une tendance de long terme*"[24]. Ce phénomène s'accentue avec la médicalisation croissante des EHPAD.

Le fossé entre le domicile et l'EHPAD s'accroît alors et le changement induit par le passage de l'un à l'autre peut s'avérer difficile.

Pour autant, si le maintien à domicile peut sembler plus judicieux, dans certains cas, une prise en charge en institution peut s'avérer bénéfique car elle permet de répondre à des besoins spécifiques des personnes âgées comme le besoin de sécurité et la lutte contre l'isolement.

Entre le domicile et l'EHPAD, d'autres possibilités existent pourtant : "*de plus en plus de personnes âgées, pas forcément dépendantes, désirent quitter leur domicile pour un habitat jugé plus sécurisant, et non pour un établissement de soins*"[25].

Les EHPA, en tant qu'établissements intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD, permettent de répondre à un double problème :

- La peur de l'isolement : une partie des personnes âgées ressentent une peur de l'isolement.

En effet, le maintien à domicile peut mener à un isolement de la personne âgée avec des conséquences néfastes "*Le simple fait de vivre seul, hors de tout cadre socialisateur, suffit parfois à contraindre l'action et à déstructurer. Le moindre effort risque alors de devenir une*

---

[23] BROUSSY L., 2013, "L'adaptation de la société au vieillissement de la population : France : année zéro !", page 61

[24]2014, "Enquête EHPA 2011", *Études et résultats*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°899, page 3

[25] VION A., 2013, "Personnes âgées : des lieux de vie collectifs à (ré)inventer", *TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES*, n°42, page 4

corvée : se préparer à manger, entretenir son logement, sortir faire des courses, avoir une activité sociale et/ou intellectuelle, prendre soin de soi. Et pour cause, n'avoir personne à qui parler, c'est aussi n'avoir personne à voir et à rencontrer. Dans ces conditions, il peut parfois paraître vain de s'occuper de soi. C'est ce dont témoigne Lucie (77 ans) et qui, après avoir été "très coquette" toute sa vie, se désintéresse progressivement d'elle-même. "Je ne me maquille plus, à quoi bon...[...] *Pour qui voulez-vous que je le fasse ?*"."[26]

Cet isolement crée un sentiment de solitude profond, d'autant plus lorsque la personne âgée a perdu son conjoint ou est divorcée et se retrouve ainsi seule à son domicile "*En se retrouvant seule, une personne âgée n'a plus nécessairement l'envie, le courage ou le réseau pour pratiquer certaines activités* [...] *La situation de veuvage a ici un impact fondamental, tout comme la disparition des amis/voisins du même âge qui peut entamer toute velléité de participation sociale*"[27].

Les proches sont également souvent anxieux à l'idée de laisser la personne âgée seule, sans surveillance continue comme l'explique le gestionnaire d'un établissement médico-social prenant l'exemple de plusieurs enfants inquiets à propos de leur père qui, depuis le décès de sa femme, "*se laissait aller, ne faisait qu'un repas léger le midi et passait ses journées devant la télé*"[28].

- La peur de la maison de retraite : en tant qu'institution pour personnes âgées dépendantes, l'EHPAD peut faire peur.

L'EHPAD constitue une alternative au maintien à domicile. Cependant, il s'agit d'un hébergement collectif destiné à des personnes dépendantes. Les personnes âgées autonomes peuvent craindre l'entrée en EHPAD auquel ils associent une image négative, d'autant plus que "*La survenue des dépendances ainsi que l'entrée en EHPAD constituent en effet deux ruptures majeures dans le parcours d'un individu pouvant conduire à une dévalorisation identitaire*"[29]. Par ailleurs, les familles ressentent régulièrement un sentiment de culpabilité à l'idée de laisser un parent en EHPAD.

La solution de l'EHPA peut alors constituer un juste milieu entre la peur de l'isolement et la peur de la maison de retraite.

---

[26] CAMPEON A., 2011, "Vieillesses ordinaires en solitude", *Gérontologie et société*, n°138, page 225

[27] Ibid.

[28] Ibid.

[29] TREPIED V., 2012, "Les personnes âgées vivant en EHPAD : isolement ou solitude", *Document du CLEIRPPA*, n°47, page 25

1.2 Le Centre Hospitalier de Gaillac

1.2.1 Présentation du Centre Hospitalier de Gaillac

Gaillac est une ville de taille modeste avec une population municipale de plus de 13000 habitants ; c'est la troisième ville du Tarn, département qui comporte deux villes importantes, Castres et Albi. Le Tarn fait partie de la région Midi-Pyrénées, dont Toulouse comme ville emblématique.
L'hôpital de Gaillac est fondé au IXème siècle par le comte de Toulouse. À cette époque, l'hôpital œuvre pour la charité, il offre l'hospitalité et aide les pauvres, les orphelins et les malades.

En 1662, l'hôpital Saint-André est érigé dans le quartier du Grès, qui fait maintenant partie du centre-ville de Gaillac. Il est entretenu et rénové au cours du XIXème et du XXème siècle. En 1963, un nouvel hôpital voit le jour à Gaillac, l'hôpital Saint-Jean, après que le maire de l'époque ait réussi à obtenir les financements nécessaires à la construction.

En 1966, l'ensemble des services sanitaires est transféré de Saint-André à Saint-Jean, l'hôpital de Saint-André devient alors une maison de retraite. Il est réaménagé entre 1972 et 1975 pour faire disparaître les salles communes. Il est restructuré et humanisé entre 1997 et 2000.

Un nouveau bâtiment d'EHPAD est érigé dans l'enceinte hospitalière de Saint-Jean en 2008 pour accueillir 100 personnes âgées.

Le CH de Gaillac, constitué des sites de Saint-André et de Saint-Jean, regroupe désormais une partie sanitaire et une partie médico-sociale.

La partie sanitaire se compose d'un service de médecine de 28 lits, d'un service de soins de suite et de réadaptation de 31 lits et places dont 4 places en hospitalisation de jour et d'une unité de soins de longue durée de 29 lits.
La partie médico-sociale est très largement prédominante au CH de Gaillac, fruit de son histoire avec la transformation de l'hôpital Saint-André en maison de retraite et de la construction du nouveau bâtiment en 2008. Un premier site, Saint-Jean, est au sein du CH. Il est consacré à des personnes âgées avec une forte dépendance. Il comprend une unité Alzheimer de 47 places et 148 places dédiées à l'hébergement. Au final, l'EHPAD Saint-Jean propose 195 places. Le GMP est de 814, ce qui indique un niveau de dépendance élevé des résidents.

Le second site, Saint-André, se situe à l'extérieur du CH, en centre-ville. Il est destiné à des personnes âgées plutôt autonomes. Il possède une capacité d'accueil de 120 personnes. Le GMP est de 657, ce qui le situe à proximité, et même légèrement en-dessous, de la moyenne nationale[30], contrairement à Saint-Jean dont le niveau de dépendance de la population accueillie est, quant à lui, très élevé au regard de cette moyenne nationale.
Les valeurs respectives des GMP montrent bien la différence d'autonomie de la population accueillie entre l'établissement de Saint-André, plutôt destiné à des personnes présentant une faible dépendance et l'établissement Saint-Jean qui accueille des personnes très dépendantes.

Les deux EHPAD fonctionnent avec un budget global avec Pharmacie à Usage Intérieur(PUI).Le passage au tarif global est plus récent pour l'EHPAD de Saint-André ; il date du 1er janvier 2015. Le CH comprend donc, toutes parties confondues, 403 lits et places, dont 315 sur la partie médico-sociale.

L'EHPAD Saint-André est réparti sur quatre étages, c'est un bâtiment de grande taille, dans le style de la région, tout en briques. L'édifice est classé monument historique.
Il a été partiellement rénové au cours des dernières années mais il reste cependant une aile plus ancienne qui n'a pas encore fait l'objet de travaux. Cette partie est sur deux étages.
Des combles non aménagées sont aussi disponibles dans cette partie.
Un logement de fonction, peu utilisé, est attenant à l'EHPAD[31].
Le Centre Hospitalier de Gaillac est géré en direction commune avec le Centre Hospitalier d'Albi, qui a une vocation sanitaire plus importante.

[30]La moyenne nationale du GMP précisée par l'ANESM en 2010 est de 686.

[31] Un plan présentant le rez-de-chaussée et le premier étage de l'aile ancienne du bâtiment est disponible en ANNEXE IV : Plans de l'aile ancienne de Saint-André

1.2.2 Le parcours de vie et la diversification de l'offre du CH de Gaillac

Actuellement, le site de Saint-André est uniquement constitué de lits d'EHPAD, la création d'un EHPA est envisageable.

L'intérêt principal d'un EHPA est qu'il est destiné à des personnes possédant une bonne autonomie. Il représente une alternative entre le domicile, potentiellement source d'isolement relationnel et d'insécurité, et l'EHPAD, institution collective pouvant susciter une appréhension pour une personne âgée encore autonome ou semi-autonome.

Cependant, l'état de santé d'une personne âgée évolue avec le temps et son niveau de dépendance peut devenir plus important au fil des mois et des années. À ce titre, on peut envisager un passage de la personne du domicile au foyer-logement et enfin à l'EHPAD, la prise en charge à l'EHPAD pouvant être plus ou moins lourde.

Il est donc intéressant de travailler sur la notion de parcours de santé et de parcours de vie. En effet, si l'état de santé et le niveau de dépendance de la personne âgée change, son besoin évolue dans la même mesure. Le CH de Gaillac est en mesure de saisir cet enjeu afin de proposer un accompagnement personnalisé dans la durée.

L'EHPA constitue le point d'entrée dans l'établissement puisqu'il s'adresse aux personnes âgées les plus autonomes. Lorsque le niveau de dépendance devient trop important et justifie un changement de type de prise en charge pour la personne, une admission en EHPAD à Saint-André peut être envisagée. Ceci procure un double avantage. Tout d'abord, le résident connaît l'établissement, le lieu, il a donc plus de repères et le changement se fera de manière plus aisé. Au niveau de l'établissement, ensuite, cela permet de faciliter les entrées en s'appuyant sur un lien privilégié.

Lorsque l'EHPAD à Saint-André n'est plus adapté à son tour, l'entrée à l'EHPAD de Saint-Jean est possible, comme cela se fait actuellement.

Ainsi, la personne âgée peut bénéficier d'une prise en charge personnalisée tout au long de son parcours. C'est un cadre rassurant pour le résident, sa famille et pour l'établissement, chaque acteur connaissant l'autre.

2 L'étude du besoin pour le CH de Gaillac

Cette partie sera dévolue à la présentation de l'analyse des besoins réalisée en vue de pouvoir faire plusieurs propositions adaptée aux spécificités et à la situation du CH de Gaillac.

2.1 Méthodologie

La méthodologie pour réaliser cette étude s'est principalement déroulée en trois étapes.

La première étape a porté sur les documents disponibles sur ce sujet. À ce titre, plusieurs types de documents étaient intéressants à étudier.
Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement est en cours d'élaboration. Il repose sur différents rapports[32] que j'ai étudiés, dans un premier temps, pour pouvoir m'imprégner du sujet.
Ces rapports mettent en lumière les différents aspects qui doivent évoluer dans les EHPA, aspect qu'il est important de prendre en compte pour envisager des propositions.
Le projet de loi se construisant, j'ai pu suivre son avancement à travers les dossiers de presse, l'étude d'impact, son examen à l'Assemblée Nationale et au Sénat. Les changements apportés par ce projet de loi sont à intégrer dans le projet pour le CH de Gaillac pour être en mesure de proposer des solutions au plus proche des orientations politiques publiques.
Le besoin local et national a pu être évalué grâce à divers documents comme le dernier projet d'établissement du CH de Gaillac, l'ancien schéma gérontologique et celui en cours d'élaboration, le schéma régional d'organisation médico-sociale, des éléments statistiques fournis par DREES, une extraction du diagnostic du Programme Local de l'Habitat (PLH).
Enfin, pour comprendre les différences entre le domicile, l'EHPA et l'EHPAD notamment au niveau du ressenti des usagers, je me suis appuyé sur des articles relatifs à la sociologie du vieillissement.

[32] AQUINO JP., GOHET P., MOUNIER C., 2013, "Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société", comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, 132 pages.
BROUSSY L., 2013, "L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !", 202 pages.
PINVILLE M., 2013, "Relever le défi politique de l'avancée en âge", 81 pages.
2013, "Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes", Ministère chargé des affaires sociales et de la santé, Paris, 101 pages.

La deuxième étape était axée sur la visite d'autres établissements proposant des prises en charge alternatives à celles de l'EHPAD ainsi que sur un état des lieux de la situation du CH de Gaillac. Chaque visite d'établissement m'a également permis de m'entretenir avec le directeur ainsi que de rencontrer les usagers et de leur poser des questions sur leur ressenti. Durant toute cette étape, j'ai pu voir ce qui existait sur le territoire et avoir de nombreux conseils avisés pour ce projet. Les établissements que j'ai pu visiter sont par ailleurs très différents les uns des autres. Chaque établissement a personnalisé sa prise en charge et l'architecture, la taille de l'unité, varient aussi fortement.

Au total, j'ai pu visiter sept établissements: FL, MARPA, unité de vie pour personnes handicapées vieillissantes et maisons partagées. À cette occasion, j'ai également effectué six entretiens avec des gestionnaires d'établissements. J'ai aussi interviewé un responsable financier, une infirmière coordinatrice et une gouvernante de maisons partagées. En outre, j'ai pu, à chaque visite, discuter de manière informelle avec des résidents sur leur ressenti et les raisons de leur entrée.

La dernière phase de mon enquête fût principalement consacrée à des entretiens avec les partenaires[33] mais aussi à des professionnels du secteur médico-social[34]. J'ai également conduit 4 entretiens avec des usagers. L'objectif de ces entretiens était d'évaluer au mieux le besoin du territoire, de savoir ce qui existait et de proposer des idées pour avoir un avis. Ces entretiens ont été précieux pour comprendre le besoin des personnes âgées sur le territoire de Gaillac et construire les propositions. Les professionnels du secteur m'ont apporté leur expérience dans le domaine. Les usagers ont pu exprimer leur souhait et leur avis sur la prise en charge qu'ils aimeraient dans ce cadre. Les entretiens ont été conduits de manière semi-directive avec une grille d'entretien adaptée à chaque interlocuteur[35].
Treize entretiens ont étayés cette partie[36]. J'ai également pu participer à une réunion de la communauté des communes du Tarn et Dadou sur l'anticipation du vieillissement de la

[33] Liste des partenaires : Association pour personnes âgées, Agence Régionale de Santé, Conseil Général, Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail, Centre Local d'Information et de Coordination, Centre Communal d'Action Sociale

[34] Listes des professionnels du secteur : médecin coordonnateur, médecin conseil

[35] ANNEXE III : Exemple de grille d'entretien utilisée

[36] Le profil de l'ensemble des entretiens est situé en ANNEXE II : Tableau du profil des personnes interrogées

population où un atelier traitait du développement d'une offre de logements à destination des personnes âgées.

Cette méthode d'enquête comprend un certain nombre de biais qu'il convient de prendre en considération pour l'analyse.

En effet, j'ai pu visiter plusieurs établissements et chacun était différent. Il n'y a pas eu d'établissement qui propose exactement la même prise en charge qu'un autre. L'architecture conditionne déjà beaucoup de dimensions de la prise en charge (par exemple, si l'établissement est entièrement de plein pied ou non). Chaque structure doit être adaptée à son environnement et au besoin ;il n'y a pas un modèle unique. À ce titre, toute proposition d'hébergement alternatif ne peut être strictement identique à celle proposée par un autre endroit. Un modèle qui fonctionne en un lieu A pourrait ne pas fonctionner en un lieu B malgré le fait qu'il soit identique.

Par ailleurs, si l'étude du besoin repose sur une analyse littéraire sur le plan national puis local, ainsi que sur de nombreux entretiens, il s'inscrit dans une perspective qualitative qui ne prétend pas rendre compte de l'ensemble des points de vue et des expériences qui peuvent s'exprimer à ce propos, ni leur représentativité. Les entretiens avec les usagers ont parfois pu être difficile à conduire avec des personnes âgées en perte d'autonomie qui avaient des difficultés à bien saisir ma démarche, il a alors était nécessaire que j'adapte ma communication à chaque interlocuteur.

2.2 Le diagnostic

2.2.1 Le constat au plan national et local

A) Plan national

Le rapport de Monsieur Luc Broussy traite la question du besoin en hébergement de type intermédiaire. Il indique dans une partie nommée "*Une demande pressante d'établissements pour personnes autonomes*" que :

"***Il est nécessaire que les pouvoirs publics se concentrent désormais sur les formules d'hébergement pour personnes autonomes dont notre pays va particulièrement avoir besoin dans les deux décennies à venir****. Car comme vient de le réaffirmer fort justement le Haut Conseil pour le Logement des Personnes Défavorisées (HCLPD),"la démarche du tout-Ehpad se heurte désormais à la réalité des besoins". "Une demande s'exprime aujourd'hui pour des logements-foyers non médicalisés" conclut-il. Nous serons volontiers*

d'accord avec lui...sauf à réduire les formules d'hébergement intermédiaires aux seuls logements-foyers."[37]

Le constat de Monsieur Luc Broussy est donc très clair, il est impératif de s'orienter vers des offres d'hébergements intermédiaires. Nous retrouvons également cette idée dans un article qui annonce que les logements-foyers "*réapparaissent aujourd'hui sur le devant de la scène et entendent bien jouer un rôle dans un futur proche*". "*Le logement-foyer est une des réponses au manque d'alternative entre le domicile et l'établissement médicalisé*"[38].

Le diagnostic de l'étude d'impact de la loi nous renseigne sur la vision des FL : "*cette offre de logements souffre d'une faible visibilité. Elle apporte pourtant une réponse pertinente aux besoins de diversification des modes d'hébergement*."[39]

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement met l'accent sur "*donner aux personnes âgées le choix du modèle d'habitat qui leur convient"* et cela se traduit par :

- *"Développer l'offre d'habitat intermédiaire ou regroupé*
- *Moderniser les foyers-logement*"[40]

Le gouvernement souhaite, par cette loi, donner une nouvelle impulsion à l'habitat intermédiaire en repositionnant ces établissements comme des acteurs essentiels.

Un article souligne le même fait en parlant des FL : "*une demande pérenne malgré une image obsolète*"[41].

Au plan national, les différents articles, rapports et le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement vont tous les dans le même sens. Il y a une réelle nécessité de

---

[37] BROUSSY L., 2013, "L'adaptation de la société au vieillissement de la population : France : année zéro !", page 63

[38] EYNARD C.,2013, "EHPAD cherche futur", *Document du CLEIRPPA*, n°49, pages 19-20

[39] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Etude d'impact du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 2 juin 2014, pages 25

[40] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse, mars 2015, page 7

[41] AOUICI S., 2013, "Á la (re) découverte des logements-foyers", *CADR'AGE*, n°25, page 2

développer l'offre d'habitat intermédiaire pour "*dépasser la dichotomie entre "tout domicile" et "tout institution".*"[42]
Pour autant, les établissements qui proposent actuellement ce type de prise en charge souffrent d'une image dépassée et bien souvent d'un manque de visibilité.
Le rapport de Monsieur Luc Broussy met en avant le fait que cet habitat intermédiaire ne prend pas forcément la forme d'un FL, il existe en effet d'autres types d'offres.

Malgré ce constat national du besoin d'accroître le nombre de places disponibles en structures d'habitats intermédiaires, l'offre à proposer doit également pouvoir reposer sur un besoin territorial. En effet, le maillage dans les différents territoires français n'est pas le même et le besoin pourra donc être différent.

B) Plan local

La région Midi-Pyrénées est constituée de huit départements avec près de 3 000 cantons et plus de 3 000 communes pour une surface d'environ 45 000 km², ce qui représente une densité de population de 61 habitants au km² contre 113 pour la France. L'agglomération de Toulouse regroupe à elle seule les deux tiers de la population régionale[43].
Selon les données issues du Projet Régional de Santé (PRS), la population du Tarn en 2006 était de 365 335 personnes et va évoluer jusqu'à 409 671 personnes en 2020, ce qui représente une augmentation de 12,1%. L'espérance de vie à la naissance pour un homme est de 78,8 ans et pour une femme de 84,6 ans.

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) définit et planifie dans un territoire l'offre médico-sociale. L'étude du besoin doit donc prendre en compte ce schéma pour inscrire son offre dans son territoire.
Le thème 3 du SROMS traite de l'optimisation de l'offre en établissements. La première orientation est "*Adapter l'offre de logement et d'hébergement pour répondre à la diversité des besoins des personnes âgées*"[44].
Le premier point de cette orientation est : "*Encourager la création de logements intermédiaires adossés à des EHPAD*".
Il est notamment précisé que :

[42] EYNARD C., 2013, "EHPAD cherche futur", *Document du CLEIRPPA*, n°49, page 2

[43] 2012, "Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées", Agence Régionale de Santé, Diagnostic, 2011, page 12

[44] 2012, "Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées", SROMS, Agence Régionale de Santé, page 24

"*Pour les personnes âgées peu dépendantes, classées en GIR 5 et 6 et qui ne nécessitent pas une charge en soins importante, l'offre de logement adapté doit prendre en compte les attentes et les besoins de ces personnes :*

- *La capacité à accomplir certains actes de la vie quotidienne, dont le maintien est un garant de la préservation de l'autonomie.*
- *Le besoin de sécurité avec la présence d'une personne pouvant intervenir encas de chute ou de malaise.*
- *La possibilité de faire appel à certaines prestations (portage de repas, animation…).*
- *La nécessité de pouvoir être orientée vers une prise en charge en EHPAD en cas d'apparition et/ou d'aggravation de la dépendance.*

L'adossement d'une petite unité de vie à un EHPAD permet de remplir ces conditions, sans imposer à la personne âgée un changement de lieu de vie, lorsque le transfert en EHPAD s'impose."[45]

Les éléments qu'apportent ici le SROMS vont dans le sens de la création d'une unité de vie qui soit en lien avec un EHPAD. Cette description correspond parfaitement à la situation du CH de Gaillac avec la création d'une petite unité de vie dans l'aile ancienne du bâtiment qui permettra de prendre en charge des personnes peu dépendantes. Le travail sur le parcours de vie du résident permettra aussi de pouvoir réorienter une personne vers l'EHPAD lorsqu'il y a une perte d'autonomie trop importante qui pose difficulté pour sa prise en charge.
Lors du lancement du futur schéma gérontologique du Tarn, il était précisé qu'en 2014, il y avait 5 968 lits pour personnes âgées dont 413 de foyer-logement, MARPA et Petite Unité de Vie (PUV), soit moins de 7 %.
Les différents établissements de type foyer-logement et MARPA avec la distance en kilomètres et en temps sont donnés en annexe[46].L'établissement le plus proche est à 20 minutes et dans un rayon de trente kilomètres, il y a 146 places disponibles. Par conséquent, la création d'une unité de vie sur le CH de Gaillac ne serait nullement en concurrence avec l'offre déjà disponible sur le territoire car le bassin serait différent. La demande est très locale avec toutefois des personnes venant de Toulouse.
Au niveau de la demande sur les établissements visités, ils possèdent une liste d'attente pour pouvoir entrer mais néanmoins, il faut préciser qu'une liste d'attente reste toujours

[45] ibidem

[46]ANNEXE I : Liste des établissements FL et MARPA classés par distance croissante avec Gaillac

quelque peu "*virtuelle*"[47]. Sur le territoire, la demande n'est donc pas complètement satisfaite.

Le prochain schéma gérontologique est en cours d'élaboration avec plusieurs groupes de travail sur différents thèmes avec notamment "*Innovation et diversité : modes de vie et offres de service*". L'offre d'hébergement intermédiaire sera un sujet incontournable du schéma gérontologique à venir[48].
Au niveau du CLIC, il n'y a pas de chiffres disponibles pour quantifier la demande mais par contre, la responsable précise que "*il y a des demandes d'informations pour ce type de logement*"[49].

Madame B, résidente au CH de Gaillac depuis deux ans et demi, explique avec conviction que "*les jeunes ne veulent pas s'embêter avec les parents*" et que ce projet lui paraît ainsi intéressant comme alternative à l'EHPAD lorsqu' "*on ne peut plus rester seul chez soi mais qu'on peut encore faire des choses*". Cette même idée revient lors d'autres entretiens avec des usagers comme avec Madame O, résidente au CH de Gaillac depuis un an "*ça me plairait bien ça comme endroit*".

Le document de travail sur le PLH apporte un éclairage sur le besoin du territoire. Le travail mené permet de mettre en lumière le besoin :
"*L'offre de logements intermédiaires*
De nombreux entretiens réalisés ont mis en évidence l'existence d'une demande sur le territoire, et l'intérêt de développer ces habitats. Différentes structures existent déjà sur les deux principaux pôles urbains afin d'offrir une offre alternative aux personnes âgées non concernées par la dépendance.
Répartis sur trois différents secteurs, le CCAS de Gaillac gère 30 logements réservés à des personnes âgées de plus de 60 ans. Une large majorité des locataires sont des femmes seules. Avec un objectif de maintien à domicile et «d'habitat-service» fonctionnant avec un interlocuteur unique, ces logements sont toujours occupés et sont fortement demandés. Le CCAS instruit une vingtaine de demandes par an pour une rotation très marginale, et parfois nulle. Les autres demandeurs sont orientés vers la demande diffuse. Le suivi et la vision de cette demande sont difficiles. [...]

[47] Propos recueillis lors d'un entretien avec un gestionnaire d'établissement

[48] Données recueillis lors d'un entretien au CG

[49] Propos recueillis lors d'un entretien au CLIC

Les deux communes offrent des services différents qui semblent tous deux appréciées par les habitants. Les offres sont cependant inférieures aux demandes exprimées. De plus, les deux bassins de vie fonctionnent de façon indépendantes et il n'y a pas de complémentarités et d'échanges sur ces dispositifs."[50]

Dans la synthèse, le document fait le constat suivant : "*Un manque de logements intermédiaires et adaptés dans les centres urbains",* il ajoute dans les perspectives qu'il faudrait *"créer davantage de logements intermédiaires à proximité des centres urbains*"[51].

Deux derniers points sont essentiels. Les offres restent inférieures à la demande et ne couvrent donc pas tout le besoin et elles ne sont pas antagoniques, c'est à dire que comme les bassins de vie sont différents, elles ne répondent pas au même besoin territorial.
En effet, le premier critère de sélection d'un établissement par les résidents et leurs proches est la situation géographique de l'établissement, c'est à dire, la proximité[52] pour pouvoir maintenir les liens même quand le maintien à domicile n'est plus possible.

Le CCAS de Gaillac propose 28 logements pour personnes âgées de plus de 60 ans grâce à trois résidences. Il y a douze T3 de 50 m², six T2 bis de 50 m² et dix appartements T2 de 37 m².
Chaque logement est autonome, ce qui signifie que chaque personne âgée est seule ; il n'y a pas de gardien, d'espace commun, d'animation, etc. Le prix, charges comprises, varie suivant le logement de 260 à 330 €. C'est un hébergement à volonté sociale.
Deux prestations facultatives sont possibles : le service de portage des repas et le service d'aide à domicile.
Le CCAS propose des logements autonomes à loyers modérés mais il n'y a pas de prestations incluses comme une présence en cas de problème.
Une offre d'hébergement intermédiaire entre l'EHPAD et le domicile viendrait aussi en complément de l'offre du CCAS et permettrait de renforcer la couverture fonctionnelle pour le besoin des personnes âgées dans le territoire Gaillacois.

---

[50] 2015, "Extraction diagnostic PLH T&D", Communauté des communes du Tarn et Dadou, page 9

[51] 2015, "Extraction diagnostic PLH T&D", Communauté des communes du Tarn et Dadou, page 14

[52]2011, "La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches", *DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°18, page 68

L’ensemble des documents évoqués ainsi que les entretiens permettent de confirmer que le besoin national se décline également au plan local et que la création d’une unité de vie (quelle que soit la forme qu’elle prend), permettra en partie d'y répondre. Cette offre devra néanmoins s’inscrire en complément de celle déjà existante afin de ne pas se retrouver dans une situation de “concurrence” entre établissements.

Il faut également souligner la proximité de Gaillac avec la ville de Toulouse qui est à environ 45 minutes en voiture. En effet, des résidents sont issus de Toulouse mais viennent à Gaillac, bien souvent pour des raisons de coût moins important. Une partie de ces personnes préféreront se rendre dans la ville de Lavaur, qui est géographiquement plus proche. Mais, étant donné qu’il n’y a que cinq minutes d’écart entre les distances Toulouse-Lavaur et Toulouse-Gaillac, et que le FL de Lavaur fonctionne très bien et ne parvient pas à répondre à l’ensemble de la demande, une future unité de vie pourrait bénéficier de cette proximité avec Toulouse pour avoir une demande plus importante.
La population dans le Tarn augmente ainsi que celle de Toulouse, ce qui va accentuer la demande de manière générale et donc, *de facto*, la demande pour des offres d’hébergements intermédiaires.

2.2.2 Les besoins caractéristiques de l'habitat intermédiaire

A) Les raisons d'une entrée en EHPA

La politique actuelle de maintien à domicile tend à accentuer les efforts de prise en charge directement chez la personne avec une meilleure aide à domicile.

Une association d'aide à domicile souligne ce point : "*les personnes veulent rester à domicile le plus longtemps possible, elles ont du mal à partir de chez elles*"[53]. Pour qu'une personne âgée parte de chez elle, c'est que "*l'acceptabilité du danger n'est plus entendable*". Lorsque la personne âgée perd petit à petit son autonomie, il se crée un risque sur sa prise en charge. La famille et la personne font donc face à une "*notion de prise de risque*" et elles vont ensuite déterminer le niveau d'acceptabilité du danger qu'elles sont prêtes à prendre. Lorsque la prise de risque est jugée trop importante, la personne et/ou la famille vont vouloir que la personne âgée entre en institution afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge plus complète et en toute sécurité.

L'étude menée par la DREES sur la vie en EHPAD montre que les motifs d'entrées des personnes âgées en établissement sont les suivants :

- "*L'état de santé ou l'âge*" ;
- "*Les conditions de logement*" ;
- "*La dégradation de l'état de santé ou le décès du conjoint*" ;
- "*Le besoin de se sentir en sécurité*" ;
- "*La volonté de gagner de la tranquillité, de retrouver une certaine indépendance et de ne pas être un "poids" pour les autres.*"[54]

Lors des entretiens avec les gestionnaires de structures, il est ressorti que le motif d'entrée principal en EHPA était l'insécurité chez soi, très souvent suite à une séparation ou à la perte du conjoint. Nous pouvons citer l'exemple d'une personne âgée qui, lors de l'enterrement de son mari avec qui elle était en couple depuis plusieurs décennies, n'a plus voulu rentrer chez elle[55]. Madame L., résidente au CH de Gaillac, est venue "*parce que j'ai perdu mon mari*" dit-elle ; elle affirme d'ailleurs sans aucune hésitation à la question: "Quels sont les points importants dans une petite unité de vie": "*la sécurité* !". Elle précise ensuite à ce sujet que c'est surtout le fait de "*ne pas être seule, d'être entourée et de pouvoir appeler à l'aide*". La

[53] Propos recueillis lors d'un entretien avec la responsable d'une structure d'aide à domicile

[54] 2011, "La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches", *DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°18, page 20

[55] Exemple recueilli lors d'un entretien avec une gestionnaire d'un MARPA

solitude peut parfois être difficile à gérer pour une personne âgée car "*le silence pointe le vide relationnel et s'accompagne d'un effondrement et/ou d'une désorientation des repères les plus sécurisants*"[56].Lors de la réunion à la communauté des communes, un gestionnaire d'établissement a pris l'exemple d'une résidente qui est restée un an à l'EHPAD mais qui venait uniquement pour la nuit et au moment des repas car elle était angoissée la nuit suite à un problème respiratoire. Lorsque son problème s'est résorbé et qu'elle a pu reprendre confiance en elle, elle est rentrée chez elle.

Il ressort de cette analyse le caractère primordial qu'attachent les usagers à la sécurité. "*L'aspect sécurité du foyer-logement est très important*" déclare une gestionnaire d'un FL. La sécurité s'entend à plusieurs niveaux. Il y a la sécurité d'un point de vue médical, c'est à dire l'état physique de la personne, la responsable d'un MARPA évoque par exemple le problème des personnes âgées à domicile qui "*se nourrissent mal*". La sécurité peut également toucher à la salubrité du logement. Enfin le dernier point, c'est celui de se sentir en sécurité parce qu'on n'est pas seul, que l'on est entouré et que l'on sait qu'il n'y a pas de problème à gérer. La peur de l'isolement est un point fort, surtout lorsqu'une personne âgée qui était habituée à vivre en couple depuis de nombreuses années (voire bien souvent plusieurs décennies) se retrouve seule. "*Le sentiment d'insécurité déstabilise vraiment*" explique une responsable d'un CLIC en mettant en lumière l'importance de "*combler l'isolement social*".

Les personnes proviennent d'ailleurs très majoritairement du domicile lorsqu'elles entrent en EHPA (94% des cas[57]).Le même constat est réalisé dans un article qui précise : "*de plus en plus en personnes âgées, pas forcément dépendantes, désirent quitter leur domicile pour un habitat jugé plus sécurisant, et non pour un établissement de soins*"[58].

L'âge moyen à l'entrée dans un établissement diffère cependant selon son type. Il est de 84 ans et 9 mois en EHPAD et de 79 ans et 11 mois en foyers-logements[59].

L'entrée se fait donc plus tôt dans les foyers-logements que dans les EHPAD avec une différence d'environ cinq ans.

---

[56] CAMPEON A., 2011, "Vieillesses ordinaires en solitude", *Gérontologie et société"*, n°138, page 223

[57] 2011, "La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches", *DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°18, page 18

[58] VION A., 2013, "Personnes âgées : des lieux de vie collectifs à (ré)inventer", *TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES*, n°42, page 4

[59] 2014, "Enquête EHPA 2011", *Études et résultats*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°899, page 3

La durée de séjour n'est pas la même non plus. La durée moyenne de séjour est de 5 ans et 3 mois en foyers-logements et de 2 ans et 4 mois en EHPAD[60], ce qui représente plus du double ; il s'agit d'un élément non dénué d'intérêt en termes d'activité.
La destination de sortie des résidents en foyer-logement est à 60% une maison de retraite, puis à 25% au domicile personnel ou d'un proche[61], ce qui montre bien que l'EHPA est bien souvent un intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD.

B) La complémentarité entre un foyer-logement et un EHPAD

Le diagnostic mené dans le cadre du PRS prévoit un point spécifique sur le parcours des personnes âgées. Dans les principaux points d'attention qu'il aborde, figurent les suivants :
"*Peu d'articulation et de coordination entre le domicile, le sanitaire et le médico-social.*
Le parcours de vie et de santé des personnes âgées est peu visible et connu des professionnels et du public [...].*Une fragmentation du parcours de santé de la personne âgée induisant une fragmentation de son parcours de vie*"
Plusieurs points sont à prendre en considération. Tout d'abord, une fois qu'une personne âgée est entrée en EHPA, il sera plus facile pour elle d'entrer en EHPAD grâce à la proximité existante et aux démarches qui seront également grandement simplifiées. Le travail sur le parcours de la personne âgée dans l'établissement sera donc à travailler, notamment grâce à la mise en place d'un Projet de Vie Individualisé (PVI) dès l'EHPA qui est un projet pour la personne âgée incluant ses habitudes de vie et ses désirs. Ce projet de vie pourra ensuite être transféré, s'il y a un transfert, et évoluer au fil du temps.
Il faut cependant nuancer ce propos en rappelant qu'à la sortie de l'EHPA, une personne âgée peut aller dans un EHPAD autre que celui de Saint-André ou de Saint-Jean, ou elle peut également ne pas aller dans un EHPAD (au domicile d'un enfant par exemple).
Néanmoins, la possibilité d'avoir un EHPA dans un bâtiment voisin d'un EHPAD et géré par la même entité est une chance car la réorientation des personnes depuis un EHPA vers un EHPAD peut parfois s'avérer délicate dans le cas contraire. "*Le fait que l'obligation de réorientation des résidents par le LF est d'application plus délicate en raison du nombre désormais plus limité de création de places d'EHPAD*"[62].
La proximité de l'unité et de l'EHPAD sera également un atout pour l'activité de l'EHPAD et pour la continuité de la prise en charge du résident.

---

[60] op. cit, page 5

[61] op. cit, page 6

[62] 2013, "Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes", Ministère chargé des affaires sociales et de la santé, Paris, page 14

Second point, l'accompagnement entre le domicile et l'EHPA, puis entre l'EHPA et l'EHPAD, ne peut se faire de manière cloisonnée et uniquement par le CH de Gaillac.
La personne doit au maximum être préparée pour une entrée, que ce soit en EHPA ou en EHPAD. Pour cela, le lien avec les partenaires extérieurs comme les associations d'aide à domicile est important. Ils peuvent préparer à une entrée en institution.
Cette préparation est soit dans le cadre du projet de vie, soit pour préparer une transition.

La manière dont la personne âgée est accueillie est cruciale dans un établissement pour la suite de sa prise en charge.
Une étude de la DREES souligne ainsi que : "*les éléments facilitateurs d'une bonne entrée sont la bonne préparation au changement de lieu de vie, l'absence de précipitation ainsi que la participation active du résident à la décision d'entrer, un jour, dans une institution*"[63].
L'accueil est ainsi un point de vigilance à avoir et le travail sur cette partie doit être réalisé en collaboration avec les partenaires.
La question de la réorientation d'un résident de l'EHPA lorsque sa prise en charge n'est plus adaptée pose d'ailleurs question. En effet, l'état de santé et de dépendance d'une personne âgée n'est pas figé et il évolue dans le temps.
Pour autant, la personne âgée peut ne plus avoir envie de partir principalement pour deux raisons. Tout d'abord, le résident peut se sentir bien et avoir peur de partir pour une autre structure, par peur du changement. L'aspect financier peut également entrer en ligne de compte. Si la prise en charge en EHPA est moins onéreuse qu'en EHPAD, la personne ou sa famille peut ainsi vouloir retarder la sortie pour des raisons financières. "*La personne passe de 1 200 € à 1 800 € par mois de reste à charge donc, forcément, les familles prennent cet aspect en considération*" confirme une gestionnaire d'établissement.

L'EHPA et l'EHPAD sont ainsi complémentaires l'un de l'autre mais cela nécessite de prévoir une coordination avec les partenaires extérieurs ainsi que d'anticiper les éventuelles réorientations de résident.

[63] 2011, "La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches", *DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°18, page 17

C) L'évolutivité de l'offre

L'attente vis-à-vis de l'offre pour une personne âgée évolue dans le temps mais également d'une personne à l'autre.

D'une part, chaque personne étant différente, ses souhaits seront différents en raison de son caractère, de son milieu social, de la vision qu'elle possède sur la prise en charge, etc.
D'autre part, chaque génération, de manière générale, n'a pas les mêmes attentes non plus. La génération mai 68 n'aura sans doute pas, par exemple, la même vision de la prise en charge de la vieillesse qu'une personne en EHPAD à l'heure actuelle :"*Il est probable que la génération venir sera beaucoup plus exigeante. Pas seulement parce qu'elle sera progressivement issue des générations de citoyens élevés au biberon du consumérisme post-68, soucieux de leurs droits et de leur confort. Mais aussi parce qu'elle aura vu vieillir ses propres parents ou grands-parents* [...] *Ils n'iront pas en EHPAD uniquement par contrainte*"[64].

D'un point de vue national, on assiste à une volonté marquée d'inscrire le maintien à domicile dans les politiques publiques et la médicalisation accrue des EHPAD. La proposition d'une offre intermédiaire pose la question des attentes que l'usager peut avoir à ce niveau. Comment répondre à l'individualisation croissante des parcours et des attentes ?

L'offre proposée doit intégrer les demandes actuelles et essayer, au maximum, de prévoir l'évolution des prochaines années tout en souhaitant répondre aux attentes de manière la plus large possible. Néanmoins, malgré cela, il reste complexe de se projeter sur plusieurs décennies.

Les espaces proposés pourront en revanche prévoir d'être évolutifs dans le temps pour permettre de s'accommoder aux différents changements qui seront nécessaires dans le futur.
C'est ainsi une capacité d'évolution et d'adaptation qui doit être recherchée, ce qui permettra d'être plus proche du besoin plusieurs années après la création du projet.

[64]BROUSSY L., 2013, "L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !", page 14

D) La gestion de la symbolique

L'image des EHPAD n'est pas toujours excellente. "*Dans les représentations collectives, les maisons de retraite sont en général associées à des images négatives, à l'isolement des personnes âgées, voire à leur abandon par leur famille*"[65]. Ils sont vus comme des mouroirs, des lieux où "*l'on finit ses jours*"[66].Madame B., résidente au CH de Gaillac expliquait avec ses mots "*je finirai ici, le bon Dieu viendra me reprendre*".

Cette image, pour le moins négative, risque de ne pas s'estomper avec le temps mais bien au contraire, de se retrouver amplifiée par la médicalisation de plus en plus forte des EHPAD. Ainsi, dans son rapport, Monsieur Luc Broussy souligne : "*Qu'on en prenne acte ou qu'on le regrette, les EHPAD seront à l'avenir des établissements spécialisés dans la grande dépendance, voire dans la maladie d'Alzheimer*". Ce phénomène de médicalisation risque donc de s'amplifier et l'image de l'EHPAD va donc difficilement s'améliorer.
Cette vision négative constitue un frein puissant à l'entrée en EHPAD car les personnes se disent qu'elles partent de chez elle pour leur dernier endroit, le dernier lieu avant de mourir.
"*Les personnes* [...] *recourent la plupart du temps à l'EHPAD en cas de nécessité absolue, pour des raisons médicales ou/et sociales*"[67].
"*L'établissement n'est pas considéré par l'opinion comme un domicile-bis mais bien comme un lieu collectif où l'on se rend par nécessité, par contrainte et plus rarement de son plein gré*"[68].

La question de la représentation de l'EHPAD par les usagers risque d'influencer l'attrait et le fonctionnement de l'EHPA, quel qu'il soit. C'est un inconvénient fort au fait d'accoler un EHPA à un EHPAD. "*Même si le foyer-logement est un lieu autonome et pas complètement intégré à l'EHPAD, il reste cette question de la symbolique*" confirme un médecin-conseil.
Lors d'un entretien, un médecin-conseil posait d'ailleurs la question suivante : "*pourquoi ne pas prendre une villa à l'extérieur*" afin de résoudre ce problème. Si les contraintes

[65] TREPIED V., 2012, "Les personnes âgées vivant en EHPAD : isolement ou solitude", *Document du CLEIRPPA*, n°47, page 24

[66] Propos recueillis lors d'un entretien avec un usager

[67] EYNARD C., 2013, "EHPAD cherche futur", *Document du CLEIRPPA*, n°49, page 9

[68] BROUSSY L., 2013, "L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !", page 61

exprimées sont contraires à ce point, il reste tout de même cette "*question de la symbolique*"[69].

Si la proximité EHPA et EHPAD présente des avantages, il faut donc cependant prévoir une autonomie de l'EHPA par rapport à l'EHPAD et créer une identité particulière en séparant bien ces deux prises en charge différentes.
Dans un établissement visité, le manque d'autonomie du FL par rapport à l'EHPA crée des conséquences dommageables. Il y a une salle à manger commune pour le FL et l'EHPAD ainsi que beaucoup de mutualisation des prises en charge si bien qu'il devient difficile de différencier le FL de l'EHPAD. "*C'est en effet compliqué pour les familles de voir deux modes de prise en charge différents*" confie le gestionnaire de l'établissement, ajoutant que "*les personnes ne comprennent pas pourquoi le ménage s'arrête à la porte juste avant la leur alors qu'ils payent chaque mois eux aussi*". Il conseille de "*bien cloisonner le foyer-logement par rapport à l'EHPAD*".
"*Il faut une séparation visuelle et fonctionnelle*"[70] pense également une personne interrogée à l'ARS.

Afin de diminuer cet aspect négatif, il sera important de veiller à créer une indépendance de l'EHPA vis-à-vis de l'EHPAD à Gaillac.
L'espace disponible est constitué de l'aile ancienne avec ses deux étages autour d'une petite cour intérieure, des combles de l'aile ancienne, mais qui sont à aménager complètement et, enfin, d'un logement de fonction peu utilisé. Ce logement de fonction est accolé à l'EHPAD ; une jonction pourrait donc être envisageable.

[69] Propos recueillis lors d'un entretien avec un médecin conseil

[70] Propos recueillis lors d'un entretien avec l'ARS

E) L'intégration des gérontotechnologies

La gérontotechnologie est l'application de technologie pour les personnes âgées ; elle constitue une formidable opportunité d'aide et de soutien pour cette population.
Il existe une multitude d'applications, par exemple, un dispositif permettant de lancer une alerte en cas de chute.
Ce type de technologie va certainement connaître une acceptation puis une demande de plus en plus forte, au fur et à mesure que le public accueilli en institution sera habitué à être entouré de technologie. La gérontotechnologie présente un intérêt dans un EHPA car elle permet d'assurer une sécurité minimale pour les personnes âgées tout en réduisant les coûts liés à la nécessité d'une surveillance constante assurée par une présence humaine sur place. Il existe pléthore d'idées et de projet sur ces thèmes et il est donc difficile de pouvoir faire un constat sur les gérontotechnologies qu'il serait utile de retenir et de mettre en place dans un EHPA. Ce secteur est par ailleurs extrêmement mouvant, entre aujourd'hui et le lancement du projet, avec le temps écoulé, les technologies pourront avoir changé.

Par conséquent, il semble prudent de prévoir l'utilisation de gérontotechnologies dans le futur projet mais d'attendre d'être plus proche du lancement du projet pour mener une étude sur ce point-là.

F) La place de la cité et la vie sociale

L'EHPA doit être un lieu de vie ouvert sur l'extérieur. Dans son rapport, Monsieur Broussy consacre un chapitre complet au quartier qu'il décrit comme "*le lien social au cœur du vieillissement*"[71].
Il explique que c'est "*le lieu de la vie sociale, du voisinage, des amis, celui de l'accès aux commerces et aux services publics* [...] *le quartier, c'est aussi la zone la plus pertinente pour organiser la prise en charge des personnes âgées entre domicile et Ehpad*"[72].

Le quartier revêt une importance particulière du point de vue du lien social qu'il permet de maintenir ou de construire pour une personne âgée. En effet, "*Le marché ou encore une galerie commerciale [...] participent [à] une inscription à la vie*"[73] car ce sont des lieux d'échanges entre les personnes. La situation en centre-ville de l'EHPAD Saint-André

[71] BROUSSY L., 2013, "L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !", page 54

[72] ibidem

[73] CAMPEON A., 2011, "Vieillesses ordinaires en solitude", *Gérontologie et société*, n°138, page 224

apparaît alors très intéressante. La ville de Gaillac restant d'une taille modeste, les personnes âgées peuvent avoir accès rapidement et facilement à tous les commerces de proximité et au marché. Une navette permet de pouvoir se déplacer aussi sur des zones plus extérieures, pour pouvoir faire ses courses par exemple. Madame H, résidente à l'EHPAD de Saint-André confie "*je suis proche de toutes les commodités ici*[...] *je vais au marché depuis que je suis toute petite*". Ainsi, la situation géographique constitue un atout pour un futur EHPA. "*Le site de St André est idéal pour maintenir le lien avec la ville*", d'après une responsable au CCAS.

Cependant, la seule opportunité offerte par l'emplacement ne peut être considérée comme suffisante en tant qu'ouverture sur la cité. "*Il faut une structure ouverte sur l'extérieur*" pense une responsable du CLIC. En effet, pour que l'établissement soit réellement ouvert sur l'extérieur, il est nécessaire de créer des liens bilatéraux, c'est-à-dire, à la fois, de l'établissement vers l'extérieur, et de l'extérieur vers l'établissement. Cette capacité d'ouverture sera primordiale pour créer une véritable vie dans l'établissement et éviter d'être sur un fonctionnement qui serait en vase-clos.

Des partenariats avec des associations, des liens avec des commerçants, des écoles, etc. seront alors à bâtir pour assurer ce lien avec la vie du quartier, pierre angulaire de la garantie du lien social.

G) L'aspect financier

L'aspect financier revêt un caractère primordial dans le choix d'un type d'hébergement. "*Cela m'embête de toucher aux enfants, qu'ils payent pour moi*"[74] exprimait ainsi une résidente avec beaucoup d'émotions.

Lors des entretiens, beaucoup de personnes ont réagi sur ce point : "*Le reste à charge est absolument à prendre en compte*"[75]."*Le coût doit être moins important qu'en EHPAD et il faut être clair sur la prise en charge : c'est un EHPA et non un EHPAD*"[76].

Proposer un coût abordable pour une personne âgée constitue ainsi un enjeu central. Mais la notion de coût peut être différente selon les personnes. La conception d'un prix jugé correct varie irrémédiablement suivant la personne interrogée en fonction de divers paramètres. Monsieur G, président d'une association de personnes âgées du Gaillacois

[74] Propos recueillis lors d'un entretien avec un usager

[75] Propos recueillis lors d'un entretien au CLIC

[76] Propos recueillis lors d'un entretien à l'ARS

estime, par exemple, "*qu'il ne faut pas dépasser 1 200 €*" comme reste à charge pour la personne âgée. Dans un entretien, un gestionnaire d'établissement déclarait, quant à lui, qu'il fallait que le coût soit inférieur de 40 % à celui de l'EHPAD[77], soit 1 080 € en partant du coût moyen de 1 800 € en EHPAD.

Au-delà de ces appréciations individuelles, un certain nombre d'éléments objectifs peuvent être pris en compte pour évaluer le coût de l'hébergement.

Tout d'abord, il faut effectivement que le coût d'un hébergement intermédiaire soit moins important que celui d'une prise en charge en EHPAD, car cela s'adresse à un public moins dépendant et qui, par conséquent, nécessite moins de soins. Le reste à charge moyen pour le CH de Gaillac pour des personnes en GIR 5 et 6 est d'environ 1 800 €. Le coût pour un résident en EHPA donc être inférieur à cette somme de 1 800 €.

En outre, l'EHPA est destiné à toute personne âgée ; il faut donc que chaque personne soit en mesure de pouvoir s'acquitter au maximum possible du reste à charge.

Pour évaluer le tarif, il est intéressant de prendre comme point de départ la pension de retraite moyenne mensuelle. Pour la ville de Gaillac, elle varie entre 1500 et 1600 € par mois. Afin d'estimer un reste à charge accessible au plus grand nombre, il est préférable de prendre la valeur de la fourchette basse, soit 1 500 €.

Cette pension moyenne mensuelle n'est néanmoins pas exempte de divers frais. Nous pouvons ainsi compter 7,4 % de cotisations, ce qui ramène ainsi la somme à 1 389€.

Sur cette pension de retraite nette, la personne âgée doit pouvoir disposer de 10 % comme "reste à vivre", il reste donc 1 250 €.

Les frais de mutuelles étant élevés pour une personne âgée (environ 1 500 € par an, 125 € par mois), c'est un coût à prendre en compte également ; nous arrivons alors à 1 125€ de revenu moyen disponible.

En arrondissant à l'inférieur, il ne faudrait pas dépasser un coût moyen de 1 100 €. Les personnes possédant un revenu bien inférieur à la pension de retraite moyenne évoquée de 1 500 € peuvent percevoir des aides leur permettant d'accéder à un coût moyen de 1 100 €[78].

Le calcul avancé reste simple et entièrement critiquable, mais il permet de poser une base et de faire une première estimation de reste à charge raisonnable pour une personne âgée.

---

[77] Propos recueillis lors d'un entretien avec un gestionnaire d'établissement

[78] Le montant des aides variant pour chaque situation individuelle, je ne détaille pas de plus amples calculs.

Les points importants à prendre en compte restent que le coût doit obligatoirement être beaucoup moins élevé qu'en EHPAD et qu'il doit rester abordable au vu d'une pension de retraite.

Le montant de 1 100 € présenté ici permet de donner une première idée mais il devra être affiné lors du lancement du projet ainsi que réévalué car, avec le temps, il peut être amené à évoluer. Ce montant permet de garantir l'accessibilité financière aux personnes âgées dont les revenus sont les plus faibles.

Dans le cadre de l'élaboration du projet, des financements pourront être recherchés pour faire diminuer le reste à charge.
La Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail (CARSAT) propose "*une aide par le biais d'un prêt à taux zéro pour un montant de 30 à 50 % du projet sur 20 ou 30 ans.* [...]*La durée de 20 ou 30 ans est suivant ce que l'établissement demande*"[79].
Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit quant à lui "*un plan d'aide à l'investissement pour les résidences autonomies*"[80].

H) La prévention de la perte d'autonomie

La prévention de la perte d'autonomie doit faire partie des missions d'un EHPA. Dans le rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes, il est précisé que :"*Les LF ont une mission de prévention de la perte d'autonomie qui pourrait figurer dans la loi*"[81].
Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement confirme cette assertion. Il souhaite renommer les FL en "résidence autonomie". Le nouveau nom montre d'emblée l'importance qu'attache le projet de loi à cette prévention de la perte d'autonomie.
Il crée un forfait autonomie qui "*permet de renforcer la mission de prévention*". "*Le forfait autonomie est destiné à financer des dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents grâce à des actions collectives (relatives à la nutrition, la mémoire, le lien social…) »*[82].

---

[79] Données recueillis lors d'un entretien avec la CARSAT

[80] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse, mars 2015, page 7

[81] 2013, "Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes", Ministère chargé des affaires sociales et de la santé, Paris, page 5

[82] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse, mars 2015, pages 8

Non seulement, la prévention de la perte d'autonomie fait partie intégrante des missions des foyers-logements mais le projet de loi souhaite en plus renforcer cet aspect. Il est indispensable d'anticiper cela et de proposer dès le début des prestations à ce niveau.

À cet égard, le cas particulier de la maison partagée et de sa conception de la vieillesse doit être pris en compte. En effet, dans une maison partagée, la personne âgée participe aux tâches de la vie quotidienne comme le ménage, la cuisine, le jardinage. L'usager reste acteur de sa vie malgré le fait qu'il ne possède pas forcément ses capacités pleines et entières. La conception est plutôt de laisser faire la personne plutôt que de faire à sa place, ce qui permet à la personne âgée de continuer des activités courantes et de retarder ainsi la perte d'autonomie le plus longtemps possible.
La prévention de la perte d'autonomie en maison partagée se traduit par deux aspects. Le premier est la proposition d'ateliers ciblés et le deuxième est la conception de la prise en charge d'une personne âgée.

2.2.3 La conception du projet

Le projet de restructuration d'une partie de l'EHPAD représente un changement conséquent.
L'offre actuelle pour les personnes âgées est connue par les professionnels et par la population. La création d'un EHPA à Gaillac ne sera pas immédiatement identifiée par ces personnes. Il sera possible de communiquer sur l'offre proposée mais cela nécessitera un temps important.
Or, la période de début de fonctionnement de l'unité est primordiale pour la suite. En effet, c'est très souvent la transmission directe d'une personne à une autre (« le bouche à oreille ») qui constitue l'image mais aussi la connaissance de la population de l'unité. Étant donnée la taille de la ville de Gaillac qui n'est pas trop importante, les premiers ressentis seront notables.
Pour autant, pour pouvoir bâtir une communication autour du projet, il faut aussi que l'ensemble des partenaires extérieurs aient connaissance de ce projet. Ce sont tous ces partenaires qui vont pouvoir conseiller les personnes âgées sur l'existence et le bien-fondé de l'unité. "*L'appropriation de ce service par les partenaires extérieurs est vital*"[83] arguait ainsi un partenaire lors d'un entretien.

Cette appropriation nécessite indubitablement l'association des partenaires à la conception du projet. "*Pas impliqué égal pas partenaire*" prévient la responsable du CLIC. Lorsque le

[83] Propos recueillis lors d'un entretien au CLIC

projet sera validé, il faudra mettre en place des groupes de travail pour agréger ces acteurs à la démarche, d'autant plus qu'ils ont un regard extérieur et ils connaissent la situation des personnes âgées dans le territoire ; leur avis sera donc enrichissant pour la mise en œuvre du projet.
Les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire constituent un premier pas dans cette démarche mais, si le projet démarre dans plusieurs années, il faudra construire un lien.

La mobilisation des partenaires permettra qu'ils puissent s'approprier la démarche, en être partie prenante. Dès lors, leur apport devrait permettre d'enrichir la mise en œuvre du projet et, en outre, grâce à leur connaissance ainsi acquise du système, de faciliter la présentation du dispositif aux personnes âgées qui pourraient être intéressées.
La période de démarrage devrait être directement influencée positivement si les partenaires connaissent en amont le projet et, s'ils participent à sa mise en œuvre, ils auront d'autant plus à cœur que celui-ci réussisse.

Lors d'un atelier de la réunion à la communauté des communes, il y a eu une proposition de créer une association pour coordonner et offrir un support technique pour les diverses initiatives émergeant sur le thème de l'hébergement intermédiaire. S'il y avait effectivement la mise en place d'une coordination, le CH de Gaillac pourrait s'inscrire dans cette démarche partenariale.

Sur l'aspect réglementaire, le projet de FL doit être travaillé avec le Conseil départemental pour qu'il puisse y avoir un appel à projet auquel l'établissement sera en mesure de répondre. L'appel à projet pourra être commun entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil départemental dans le cas d'une "résidence autonomie".

3 Propositions

Cette partie sera consacrée à des propositions pour la restructuration de l'aile ancienne de Saint-André.
Deux scénarios différents seront envisagés mais il y a de nombreux points communs à prendre en compte dans les deux cas. Une première partie abordera les points communs pour les deux scénarios et les deux parties suivantes présenteront les particularités. Enfin, une dernière partie sera consacrée aux comparaisons entre les deux.
Le premier scénario traitera des FL (ou futures "résidences autonomies") et le deuxième s'intéressera aux maisons partagées.

3.1 Les points communs aux deux propositions

3.1.1 La symbolique : une unité à part

A) L'architecture

La dimension symbolique est un élément à prendre en compte dans le projet mais c'est aussi un point difficile à travailler puisqu'il touche aux représentations de la population sur les maisons de retraite avec l'image de mouroir évoquée précédemment[84].En revanche, il est possible de travailler sur comment diminuer l'influence négative de cette conception.

Au travers des différents entretiens évoqués dans la partie diagnostic, il est apparu qu'une première solution était de créer une unité à part de l'EHPAD. L'unité créée devra donc être, d'un point de vue architectural, complètement indépendante de l'EHPAD. Le fait d'être accolé à l'EHPAD contribuera néanmoins à conserver l'image EHPAD mais c'est en coupant de manière très distincte les deux unités différentes qu'il sera possible de faire ressortir cette différence. Il faut éviter des prises en charges EHPAD et EHPA qui cohabiteraient côte à côte et sèmeraient la confusion pour les familles. Un point très important au niveau de cette architecture cloisonnée est l'entrée. L'entrée de l'unité doit lui être propre et bien différenciée de l'EHPAD. L'idéal serait d'avoir une entrée éloignée de celle de l'EHPAD.
Il est à noter que l'architecture naturelle de l'aile ancienne permet de faire ce cloisonnement. Le bâtiment est en forme de "L" avec au centre un jardin. Si l'appartement de fonction devait être utilisé pour profiter de sa surface et éventuellement de son entrée, il se trouve du côté opposé à l'EHPAD, ce qui est donc positif puisque cela renforce l'appartenance à l'unité.

[84] Partie 2.2.2.D La gestion de la symbolique

Pour l'entrée, il existe de nombreuses opportunités ; il reviendra à l'architecte de proposer des solutions tant que l'idée de différencier l'unité et l'EHPAD reste bien respectée.

L'architecture doit d'emblée montrer que l'usager n'est pas dans un EHPAD. Mais il faut tout de même aller au-delà de l'aspect purement architectural.

B) L'expression des usagers

L'identité de l'unité sera entièrement à construire. Cette identité doit pouvoir se développer avec, certes, les valeurs du CH de Gaillac, mais elle doit revêtir sa propre identité en tant que service à part entière.

Actuellement, le CVS concernant la partie médico-sociale est commun aux deux EHPAD de Saint-André et de Saint-Jean. La nouvelle unité devra être détachée de ce CVS car, sinon, il y a un risque de mêler des problématiques d'un hébergement intermédiaire à celles d'un EHPAD et de ne plus garantir cette identité particulière. Il apparaît donc préférable d'opter pour une instance d'expression des usagers différente de celle du CVS présent.
Créer un CVS uniquement pour une petite unité apparaît cependant quelque peu lourd en fonctionnement et difficile à faire vivre. Dans un FL visité, une pratique paraissait très intéressante et adaptée à la situation présente. Une réunion avait lieu plusieurs fois par an mais organisée de manière assez souple. Nommée "conseil de maison", cette instance se rapproche d'une réunion famille. Les usagers et leurs familles ainsi que l'ensemble du personnel de l'unité sont invités pour échanger sur les problèmes qu'ils rencontrent.

Cette idée de "conseil de maison" apparaît intéressante pour garantir la différenciation avec l'EHPAD et assurer une expression des usagers de manière souple et adaptée à la taille de l'unité.

C) La gestion de l'unité

Les services sanitaires du CH de Gaillac sont des lieux de soins tandis que les EHPAD sont avant tout des lieux de vie. Il y a une approche différente puisque l'EHPAD est le lieu de vie de la personne âgée ; elle y est une résidente et non une patiente.

De la même manière que la partie sanitaire est différente de la partie médico-sociale, il faut que l'unité crée soit différente de l'EHPAD.

Il n'y a pas de soignant dans un FL ou dans une maison partagée. Dans l'EHPAD de Saint-André, il y a un cadre pour la gestion de proximité. En restant dans cette idée de vouloir séparer l'EHPAD de l'unité, il n'est pas possible que ce soit le même cadre qui gère l'EHPAD et l'unité, d'autant plus que, pour l'EHPAD, il s'agit d'un cadre de santé alors qu'il n'y a pas de partie soin.

Il est plus intéressant de prévoir une gestion de proximité par un cadre autre que celui de Saint-André et qui ne soit pas un cadre de santé. Par ailleurs, le personnel présent dans l'unité assurera aussi la gestion des animations.
Dans le CH de Gaillac, il existe un service de la vie sociale avec une cadre qui coordonne l'ensemble. L'éventualité de confier la gestion de l'unité à cette personne émerge donc naturellement. Cela permettra d'avoir une approche orientée sur la vie sociale de la personne âgée en premier lieu.

L'ouverture vers l'extérieur est aussi un point essentiel pour la démarche d'intégration dans le territoire mais il est transversal à plusieurs domaines.

3.1.2 Ouverture vers l'extérieur

L'ouverture sur l'extérieur répond en partie aussi à la question de la symbolique mais aussi à l'importance du lien social entre l'unité et la cité.
Tout d'abord, les échanges entre l'unité et le quartier vont permettre de faire connaître l'unité dans la ville de Gaillac grâce à la transmission directe de personnes à personnes.
Ces échanges doivent cependant se faire de manière bilatérale, c'est-à-dire, que les usagers doivent, bien entendu, pouvoir participer à la vie de la cité mais, point plus complexe, les personnes extérieures doivent aussi pouvoir se rendre dans l'unité. C'est en venant à l'intérieur même de l'unité que les personnes extérieures pourront comprendre la prise en charge qui se fait réellement et, ainsi, véhiculer une image positive d'un lieu de vie.

Cette idée de bilatéralisme n'est pas forcément simple à mettre en œuvre. En effet, lors d'un entretien, le président d'une association de personnes âgées Gaillacoises, a exprimé qu'il était très ouvert à l'idée d'instaurer un lien avec l'unité, mais plutôt de l'unité vers l'association que l'inverse. C'est donc positif puisque cela permettra à des usagers de pouvoir continuer de participer ou de s'intégrer dans cette association mais, par contre, il n'y a pas de vision où l'association entrerait dans l'unité.

Pour que des personnes extérieures aient envie de venir dans l'unité, il faut prévoir des dispositions qui puissent les intéresser. Le projet doit, dans sa mise en œuvre, anticiper son ouverture par diverses prestations, comme la possibilité pour une personne âgée habitant dans le voisinage de venir prendre son repas même si elle ne fait pas partie de l'unité. La personne âgée qui prend l'habitude de déjeuner sur place sera plus encline à entrer un jour peut-être dans l'unité ou bien elle permettra de renforcer le lien avec le quartier ; dans tous les cas, cela reste positif pour la vie de l'unité.

A) La vie sociale

Des animations peuvent également être à destination plus large que les seuls usagers.

Ces animations peuvent aussi se traduire par des liens avec d'autres structures proches, des liens avec des écoles, des collèges, pour travailler sur l'intergénérationnel par exemple. Des activités peuvent aussi être en commun avec la ville de Gaillac. Les associations sont tout à fait ouvertes à travailler en collaboration avec le CH de Gaillac ; c'est une opportunité intéressante pour continuer cette dimension d'ouverture. Il existe de nombreuses possibilités, de nombreuses pistes à mettre en place, par exemple des ateliers avec l'école qui se situe juste en face de l'entrée du logement de fonction.
Pour cela, il faudra créer un projet pour l'unité afin de prévoir comment la vie sociale peut aider l'ouverture vers l'extérieur. Ce projet pourrait notamment se faire avec le service de la vie sociale si l'idée de choisir le cadre de ce service était suivie.

B) Le partenariat

Les partenaires extérieurs comme le CLIC, le CCAS, devront être associés à la conception du projet. Il faudra ensuite maintenir ce lien essentiel pour la vie de l'unité. L'établissement pourrait par exemple prévoir de mettre à disposition des aidants familiaux un lieu pour effectuer leurs réunions ce qui permettrait d'amener des personnes à entrer dans l'établissement. Des usagers pourront aussi émettre leurs avis.

Au-delà de ce seul exemple, c'est l'idée plus générale de travailler en lien étroit avec les partenaires extérieurs qu'il est intéressant de retenir. Une salle à usage multiple peut être prévue. Elle pourra servir autant en interne, pour des réunions, des ateliers avec les usagers, en tant que salle de réception pour les familles, qu'en externe pour accueillir diverses manifestations. La mise à disposition pour des personnes extérieures d'un lieu sur des plages horaires définies dans la semaine doit être l'occasion de faire découvrir l'unité, d'instaurer une véritable vie.

3.1.3 La prévention de la perte d'autonomie

La prévention de la perte d'autonomie se fait selon deux modalités.

A) La prévention directe

La première modalité consiste en des actions concourant de manière directe à la prévention. Il existe plusieurs types d'ateliers sur ce thème comme la prévention des chutes, les ateliers mémoires, etc.

Toujours dans l'optique d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur, ces ateliers pourront être proposés grâce à des liens avec les partenaires. Lors de l'entretien avec des personnes représentant la CARSAT, les personnes ont proposé des ateliers soit par le biais de la CARSAT, soit par le biais de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Ces ateliers peuvent se dérouler directement sur site avec, comme participants, des usagers du CH de Gaillac mais aussi des participants venant de l'extérieur, ce qui permet de travailler les points évoqués précédemment (la symbolique et l'ouverture sur l'extérieur).

Le CH de Gaillac est en direction commune avec le CH d'Albi qui propose des « points fragilités ». Ce dispositif propose une évaluation des capacités de la personne âgée avec, ensuite, un plan d'action à mettre en œuvre par rapport à son besoin. Ces points fragilités seraient une opportunité à saisir, d'autant plus que les établissements sont en direction commune ;le travail en collaboration entre les établissements est un point positif.

Diverses actions directes de prévention de la perte d'autonomie sont envisageables. C'est un sujet qui est à travailler avec les partenaires extérieurs ainsi qu'en lien avec la direction commune.

B) La conception de la prise en charge

Les actions directes de prévention sont importantes mais elles ne peuvent pas être considérées comme répondant entièrement à la prévention de la perte d'autonomie et ce, pour deux raisons. La première raison est que ces ateliers ne sont pas forcément suffisants pour permettre de maintenir les capacités et de stimuler suffisamment les personnes au quotidien. La deuxième raison, c'est que la participation à ces ateliers est toujours facultative ; il n'est en aucun cas possible d'obliger une personne âgée à s'y rendre.

Le deuxième axe correspond plutôt à la vie quotidienne de la personne âgée et cela passe donc par la conception de la prise en charge.
L'hébergement intermédiaire s'adresse à des personnes possédant une bonne autonomie et il s'agit bien de proposer à l'usager qu'il soit comme à domicile. Madame A, gestionnaire d'un établissement, précise que chaque personne âgée doit se sentir "*comme chez elle*". Ainsi, il faut que la personne conserve au maximum les activités quotidiennes qui occupaient sa vie à domicile, comme le ménage, l'entretien de son linge, etc. La déclinaison pourra être différente suivant le scénario retenu mais l'idée générale reste bien la même : la personne âgée doit avoir ses tâches quotidiennes comme dans un domicile classique.

Le lien avec l'extérieur peut également aider en ce sens. Plus les usagers seront amenés à participer à la vie du quartier et plus cela permettra de continuer à conserver une stimulation autant physique que cognitive.

Il faut laisser faire l'usager et non "faire à sa place", et favoriser le lien avec l'extérieur pour l'amener à conserver au maximum des activités qui lui soient adaptées.

3.1.4 La préparation des entrées et des sorties

L'entrée en établissement est toujours un point délicat pour une personne âgée. Cela représente en effet un bouleversement dans sa vie : elle perd en partie de son autonomie, elle change complètement de domicile, elle doit abandonner une partie de ses meubles, etc.
Le projet ainsi proposé présente un avantage par rapport à cet aspect :la taille de l'unité est plutôt réduite et facilite donc l'intégration, ce qui diminue l'impact sur l'usager de ce changement difficile.
Mais d'autres aspects assez simples à mettre en œuvre peuvent être relevés.

A) Le mobilier

Dans les EHPAD du CH de Gaillac, la chambre d'un résident est systématiquement meublée et ensuite, ils peuvent la décorer à leur goût, avec des photos par exemple.
Pour l'unité, l'établissement pourra mettre à disposition, pour chaque chambre, des meubles mais chaque usager doit pouvoir avoir la possibilité d'amener ses propres meubles à la place ou en complément. Les personnes âgées peuvent posséder des meubles anciens, qui appartenaient à leur famille et qui ont une valeur sentimentale qu'il ne faut pas négliger.
On propose ainsi un choix à l'usager, ce qui lui laisse la possibilité de se meubler comme il le préfère.

B) La gestion des demandes

Lors de la mise en œuvre du projet, il faudra prévoir une procédure précisant clairement les différentes étapes à suivre pour faciliter l'entrée des personnes. Ce circuit devra intégrer au maximum l'usager dans la prise de décision pour lui permettre d'être acteur. La participation active de l'usager permet de faciliter l'acceptation psychologique de l'entrée. Une visite pourra par exemple être proposée.
La visite est généralement proposée par tous les établissements médico-sociaux. Mais il est possible de proposer également une période dite "d'essai". Cette période courte dont la durée serait à définir (un mois par exemple), permet de rassurer la personne et de vérifier que tout se passe bien, autant du point de vue de l'établissement que de celui de l'usager.
Dans la pratique, lors d'une visite d'un établissement proposant cela, la période d'essai aboutissait systématiquement à la décision de rester. Mais cela crée une différence pour la personne âgée qui est toujours en position d'être acteur de sa prise en charge : elle peut choisir ce qui lui convient le mieux.

La préparation des entrées est un travail facilitant le bon séjour en établissement d'une personne âgée. Une intégration facile et rapide d'une personne améliore sa prise en charge par la suite ; ce n'est donc pas juste un élément important au début.

C) La gestion de la réorientation

La réorientation d'un résident lorsque sa prise en charge n'est plus adaptée est un élément délicat à gérer. "*Vous me mettez dehors, moi je veux rester ici*" entend parfois une gestionnaire de FL. Au travers des différents entretiens[85], il ressort qu'il est tout de même possible d'en assurer une bonne gestion et de faciliter cette étape de transition parfois douloureuse pour l'usager et sa famille.

Tout d'abord, la question de la réorientation doit être anticipée et prévue en interne. Les documents légaux que sont le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour (il est à noter que dans le cas des maisons partagés, c'est un contrat de prestations) doivent traiter de manière explicite ces points afin d'avoir une base légale. Mais, au-delà de l'aspect légal, c'est surtout la gestion qui est importante car elle permettra de résoudre d'éventuels problèmes, par exemple, le choix d'une nouvel usager se fait en tenant compte des usagers déjà présents pour que ces personnes s'entendent.

Ensuite, la question de la réorientation doit être abordée dès la préparation de l'entrée avec à la fois le résident et sa famille (le tuteur aussi si la personne a une mesure de protection).

Enfin, la gestion du parcours de la personne âgée, et notamment la réorientation lorsque son état de santé devient incompatible avec une bonne prise en charge, doit se faire de manière pluridisciplinaire. "*Il n'est pas possible qu'une seule personne porte cela*" souligne une gestionnaire d'un FL. "*La solution réside dans le travail d'équipe : dans le dialogue avec le médecin traitant et toute l'équipe*" ajoute un médecin conseil. Une autre gestionnaire d'établissement évoque "*qu'un dernier cas a été géré avec la MAIA et a abouti à une sauvegarde de justice*".

Si l'ensemble des acteurs se positionnent dans le même sens, cela va faciliter la réorientation pour la personne. Lors d'un entretien, un responsable d'établissement a pu m'expliquer que le médecin tenait un discours opposé à celui de l'établissement qui prônait une réorientation. Le résident se trouve alors confronté à deux discours différents et la situation devient encore plus difficile pour lui.

C'est donc en équipe pluridisciplinaire que la situation doit être étudiée où l'objectif est toujours l'intérêt premier de l'usager. "*C'est beaucoup de communication, surtout pour que tout se déroule bien*" souligne une gestionnaire d'un MARPA.

[85] Données recueillis au cours de nombreux entretiens avec des gestionnaires d'établissements, les idées présentées ici reposent sur une analyse croisée

Une gestionnaire de FL estime cependant que les situations vraiment difficiles à gérer restent "*très à la marge*".

3.1.5 Une offre évolutive dans le temps

Le partage avec les partenaires lors de la conception permettra d'intégrer au maximum possible l'ensemble des attentes. L'intégration des usagers sera aussi un élément facilitant la conception. Mais malgré cela, il faut prévoir que les attentes ne seront plus forcément les mêmes dans le futur. Afin de permettre une adaptation à l'évolution de ces attentes, la meilleure solution paraît être d'agir sur deux niveaux.

A) La conception

Le premier niveau est la conception actuelle qui doit pouvoir se projeter au mieux. Pour cela, il faut envisager des espaces modernes et clairs. L'impression générale qu'évoque le lieu doit donner un aspect d'appartenir à l'époque actuelle. Il serait en effet dommage de prévoir des lieux manquant de luminosité et n'intégrant pas des notions d'économie d'énergie par exemple.
Par ailleurs, des gérontotechnologies pourront être intégrées au projet en étudiant au moment du projet ce qu'il serait opportun d'intégrer.

B) La modularité

Le deuxième niveau, et le plus délicat, est de prévoir des espaces qui puissent s'adapter avec le temps aux nouvelles attentes. Pour cela, il faut prévoir dans le projet des espaces modulables.
La modularité présente un aspect innovant. Elle doit permettre de pouvoir transformer facilement les lieux dans le futur sans pour autant que cela n'exige des travaux lourds et coûteux. La modularité peut être au quotidien avec des cloisons déplaçables par exemple ainsi que dans la réflexion future, c'est-à-dire qu'une pièce puisse changer aisément de fonction.
Cette modularité s'exerce ainsi par l'usage au jour le jour avec un espace pouvant s'adapter à la demande, à l'activité mais aussi elle se développe par la possibilité de pouvoir modifier facilement les lieux à l'avenir et de ne pas figer un modèle dès le début.

3.1.6 Une offre "clé en main"

A) Les prestations

Chaque FL visité propose des tarifs différents mais qui n'incluent pas les mêmes prestations. Certaines prestations peuvent être obligatoires et d'autres facultatives.

Pour une personne âgée, ce qui compte, c'est ce que cela va lui coûter par mois une fois que toutes les prestations seront incluses. "*Ce que veulent savoir les gens, c'est combien ça coûte à la fin du mois*" explique la responsable du CLIC.
Il est difficile de pouvoir comparer les différents tarifs parce qu'ils ne couvrent pas les mêmes frais. La prestation de blanchisserie peut, par exemple, être incluse ou alors fonctionner avec un système de jeton payant ou bien encore être au poids du linge sale de la personne.

Pour simplifier la situation et apporter une clarté maximale aux personnes âgées, il est intéressant de travailler sur un concept "clé en main",c'est–à-dire un prix que paie la personne âgée chaque mois mais qui inclut tous les frais.

Le prix indiqué tiendrait ainsi compte du loyer en lui-même, des consommations énergétiques (l'eau, l'électricité, le gaz), la blanchisserie (avec la mise à disposition gratuite d'un local pour laver son linge), des frais de personnel, du repas, etc. Le coût tiendrait compte de l'ensemble des postes sans prestations facultatives à ajouter. L'intérêt principal est de rassurer la personne qui va savoir ce que va lui coûter sa prise en charge sans avoir de surprise en raison d'une prestation incluse ou non.
Toutes les parties communes sont nettoyées à la charge de l'établissement. Chaque résident doit entretenir sa chambre. Lorsqu'une personne ne peut plus entretenir seule sa chambre, elle pourra faire appel à un service d'aide à domicile. Un partenariat est tout à fait possible avec des partenaires extérieurs à ce sujet[86].
De la même manière, les soins seront réalisés en faisant appel à des infirmiers et médecins extérieurs.

B) Le rôle du personnel de l'unité

Le personnel qui interviendra a un rôle bien particulier. Il est en contact au quotidien avec les usagers, dès lors, ses missions deviennent transverses.
Trois grands types d'actions sont identifiables :

- La gestion des locaux : l'entretien ;
- L'animation pour les résidents ;
- La coordination des interventions extérieures.

La personne qui concourt à la prise en charge doit s'occuper de toute la partie coordination. La coordination est l'ensemble des actions nécessaires pour la personnes âgées en lien

[86] Point confirmé lors d'entretiens avec le CCAS et une association d'aide à domicile

avec l'extérieur comme mettre en place une aide à domicile, bénéficier de soins infirmiers, etc. Un accompagnement de la personne âgée doit être proposé.
Ces différents points regroupent ce qu'il est nécessaire de réaliser pour une personne travaillant à part entière dans le service. Il existe d'autres prestations nécessaires comme les petites interventions techniques par exemple mais qui seront réalisées par d'autres personnes.
Certaines prestations sont donc mutualisables et d'autres non.

C) La mutualisation

Dans la partie diagnostic, une partie était consacrée à la gestion de la symbolique. Pour pouvoir assurer la création d'une unité distincte de celle de l'EHPAD, il sera nécessaire de bien réfléchir à ce qui est mutualisable ou non.
Toutes les prestations qui ne sont pas spécifiquement gérées au niveau de l'EHPAD de Saint-André peuvent être mutualisées, comme les interventions techniques par exemple.
En revanche, il faudra veiller à ne pas mutualiser des animations par exemple car les deux populations accueillies seront différentes et cela irait à l'encontre de l'idée de séparer les deux prises en charge. Il ne faut donc pas mettre en commun toutes les ressources EHPAD et unité de vie pour bien permettre le distinguo entre les deux.
Il y a cependant un point sur lequel il est nécessaire de mutualiser. Il est en effet possible d'assurer une présence la nuit et le week-end, en dehors des heures de travail de journée du personnel présent sur l'unité, en lien avec l'EHPAD. Une veille de nuit nécessite plusieurs veilleurs de nuit pour pouvoir assurer une présence permanente, ce qui signifie un coût très important pour l'unité, pour une très faible valeur ajoutée. C'est sur ce point que la mutualisation est cruciale. En effet, les usagers font très peu appel au personnel de nuit en FL ou en maison partagée mais cela les rassure énormément de savoir qu'en cas de problème, une présence est assurée. Un système d'alerte classique peut donc être envisagé pour que, en cas de problème, une personne de l'EHPAD intervienne. Ces interventions se feront très à la marge, ce qui représentera donc un coût très faible pour un service rendu identique. À cet égard, un accès pourra être prévu entre l'EHPAD et l'unité mais uniquement dans ce cadre et de manière bien séparée.

La mutualisation concernera donc quelques activités transversales comme les services techniques, le psychologue, l'assistance sociale ainsi que la présence de nuit et de week-end. La présence 24h/24 et 365 jours par an est essentielle car elle permet d'apporter l'aspect sécurité qui est recherché par les personnes âgées. C'est ce principal point qui fait la différence entre un logement dit "autonome" et la prise en charge proposée.

D) L'aspect financier

Dans la partie diagnostic, une partie consacrée à l'aspect financier a mis en avant un reste à charge prévisionnel pour l'usager de 1 100 €. Il faut être en mesure de pouvoir respecter ce tarif pour que l'offre proposée reste attractive., ce qui implique, avec ce budget limité, qu'il faudra impérativement partir du reste à charge multiplié par le nombre de résidents pour dimensionner ensuite ce qu'il est possible de faire.

Suivant la solution architecturale retenue, c'est à dire suivant la conception et la surface utilisée, il est possible d'avoir un nombre plus ou moins important de places disponibles. Ce nombre devrait varier autour d'une douzaine à une quinzaine.
Cette marge de manœuvre sur le nombre de places doit permettre de trouver le point d'équilibre. Il faut estimer avec combien de places l'établissement sera en situation de couvrir l'ensemble des frais sans avoir de déficit.
L'estimation des frais de rénovation pourra se faire à l'aide d'un coût de rénovation estimé au mètre carré. Suivant la surface retenue, le coût total va varier. L'appréciation du coût au mètre carré peut se faire à partir du schéma directeur des travaux réalisé précédemment dans l'établissement[87].

Le principal poste de dépense dans un établissement est celui des dépenses de personnel. Pour pouvoir diminuer au maximum possible ces dépenses afin de respecter le reste à charge limité des résidents, il faudra avancer sur deux tableaux, quel que soit le scénario retenu.
En premier lieu, la présence en personnel devra être réduite à une personne à la semaine et en journée. C'est cette personne qui s'occupera de la partie gestion des locaux, animation et coordination. Elle sera rattachée au service de la vie sociale avec sa cadre en tant que supérieure hiérarchique, si cet organigramme est retenu.
Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit par ailleurs la création d'un forfait autonomie (si la solution retenue était le FL car ce forfait est valable uniquement dans ce cadre). Ce forfait prévoit de financer du temps d'animateur à hauteur de 438 € par place et par an[88]. Il estime le coût d'un animateur à 35 600 € par an, charges comprises. Si l'on considère qu'il y aurait entre 12 et 15 places, cela représente un forfait de 5 256 € à 6 570 € disponible par an, soit l'équivalent de 0,15 à 0,18 ETP environ de financé.

[87] ANNEXE V : Budget prévisionnel

[88] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Etude d'impact du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 2 juin 2014, page 28

En deuxième lieu, c'est la mutualisation qui permettra des charges de personnel raisonnables.
La présence 24h/24 demande dans les faits très peu d'intervention, cela ne représentera donc que des frais mineurs en temps utilisé puisque la présence sera déjà assurée au niveau de l'EHPAD. C'est surtout ce point qui aurait pu devenir très onéreux et qui, ici, ne posera pas de problème.
Si les repas ne sont pas préparés sur place, il est possible de recourir à la cuisine du CH qui assure déjà une liaison chaude avec St André. La cuisine étant de qualité, c'est un aspect positif pour un coût raisonnable.
Les interventions techniques peuvent également être mutualisées ainsi que d'autres points plus particuliers et ponctuels (comme la gestion du service par la cadre, l'intervention d'un psychologue lors d'un problème de réorientation, l'aide d'une assistance sociale, etc.).

Les grandes lignes budgétaires ont été évaluées pour donner une idée de la faisabilité du projet sur la partie financière[89]. Il est cependant à noter que de nombreux points nécessiteront d'être affinés, notamment sur le coût de la rénovation en consultant un architecte.
Ce budget prévisionnel à titre informatif tient compte d'un prêt à taux zéro à hauteur de 50 % de la somme et d'une durée d'amortissement de 20 ans. Par ailleurs, il n'est compté aucune aide pour l'investissement ou le fonctionnement. Le reste à charge pour le résident varie entre 1 049 € et 1 204 € pour 12 à 15 résidents, avec un point d'équilibre à 14 résidents pour un reste à charge de 1 102 €.

Les charges de fonctionnement étant plus faibles que dans un EHPAD, le coût pour la collectivité est par conséquent moins important lui aussi.

[89]ANNEXE V : Budget prévisionnel

3.2 Les spécificités de la proposition pour un foyer-logement

Une grande partie des caractéristiques nécessaires au foyer-logement a été précisée dans la partie précédente mais certains points peuvent en revanche être plus spécifiques.

3.2.1 L'architecture

L'organisation de l'architecture répond à un fonctionnement classique d'un FL. Un espace commun avec une salle à manger, une partie salle de vie pour faire des animations, jouer aux cartes par exemple et ensuite des studios pour les résidents. Chaque résident a son propre studio équipé avec une salle de bain, une chambre et un coin cuisine. Il peut recevoir librement des personnes dans son studio. La salle prévue pour faire des réunions, des activités, etc. peut aussi être utilisée le week-end pour recevoir la famille lors d'un repas plus important par exemple.

Malgré le fait que chaque résident possède sa propre cuisine, il est tout de même intéressant de prévoir un coin cuisine dans une partie commune pour pouvoir conserver un caractère convivial si des personnes souhaitent se préparer un repas ensemble. Des animations (comme un atelier crêpe) peuvent également s'y dérouler.

3.2.2 Les repas

Dans un foyer-logement, les repas sont soit pris en commun, soit pris dans la chambre, les résidents disposant d'un espace de cuisine. Le repas du midi est le repas le plus important pour la personne âgée. Il semble donc primordial de s'assurer qu'elle fasse un repas correct. Le repas du midi peut donc être livré par le CH qui amène déjà les repas à St André. Cela permet aussi de répondre au besoin de sécurité en évitant un risque de dénutrition. L'idée est donc d'inclure dans le tarif ce repas, qu'il soit pris ou non, pour inciter les résidents à vouloir le prendre.

En revanche, le repas du soir est souvent léger pour une personne âgée (une soupe par exemple), il semble donc plus opportun de les laisser se préparer eux-mêmes le souper. De la même manière, le petit déjeuner ne nécessite pas forcément d'être "obligatoire" dans le sens où il serait inclus dans le tarif d'emblée. Cela permet également de laisser une certaine marge d'autonomie à l'usager afin qu'il soit aussi en position d'acteur. À ce titre également, la gestion du temps des repas devra au maximum laisser la place à l'autonomie de chacun en évitant une prise en charge complète de ce temps comme en EHPAD.

Cependant, il faut tout de même laisser la possibilité, pour les personnes qui le souhaitent, de pouvoir commander les autres repas que celui du déjeuner.

Ce point constitue bien une proposition de départ, il peut être amené à évoluer par la suite au vu de l'avis des résidents et de leur bien-être.

3.3 Les spécificités de la proposition pour une maison partagée adaptée au CH de Gaillac

3.3.1 L'architecture

Le concept de maison partagée repose sur des unités de taille réduite en nombre de personnes. Plusieurs unités peuvent être situées à côté pour former au final une grande unité.

L'aspect général doit être exactement comme une maison classique, en évitant tout style plus sanitaire. Si le concept de maison partagée était mise en œuvre, il faudrait donc prévoir plusieurs unités. Chaque unité doit posséder son indépendance mais tout en étant dans un espace plus global ; elles doivent pouvoir communiquer les unes avec les autres.

L'organisation de chaque unité repose sur un lieu de vie commun avec une cuisine et un salon autour duquel sont agencées les quatre ou cinq chambres qui possèdent chacune une salle de bain. Ce concept limite en revanche l'intimité des personnes âgées puisque la place du collectif est prépondérante. L'utilisation de la salle prévue pour faire des réunions, des activités, etc. est alors encore plus utile puisqu'elle pourrait permettre aux usagers de recevoir leurs familles dans un espace plus intime.

Il existe cependant un risque de "dénaturaliser" le concept des maisons partagées en le mettant en œuvre au CH de Gaillac puisqu'il ne s'agira pas de maisons individuelles mais d'unités dans un bâtiment existant.

3.3.2 La vie quotidienne

Une gouvernante s'occupe de la gestion courante de l'unité. Elle gère tout ce qui est animation, ménage, repas.

Conformément à la conception de la prise en charge qui laisse faire les personnes âgées, elle inclut les résidents dans ces tâches quotidiennes.

Dans ce scénario, les repas ne sont donc pas livrés par le CH mais conçus sur place par la gouvernante qui s'occupe de réaliser l'approvisionnement en impliquant les résidents.

3.3.3 L'ingénierie sociale

La place du collectif étant très forte dans ce concept, il faut veiller à la bonne entente des personnes. La taille de l'unité réduite impose donc que les personnes doivent bien s'entendre mais aussi être complémentaires. Le principe étant que les personnes puissent s'entraider.

Cela exige donc d'être en mesure de pouvoir choisir les bonnes personnes pour avoir un bon fonctionnement et créer cet esprit convivial et familial.

3.4 Synthèse des deux propositions

La comparaison se fera au moyen de plusieurs tableaux récapitulatifs présentant les points communs puis les avantages et inconvénients de chaque solution.

3.4.1 Les points communs

Avantages communs entre les deux scénarios
Les propositions répondent à un besoin à la fois national et local
Les propositions sont ancrées sur le territoire
L'environnement naturel est favorable à un habitat intermédiaire
L'adossement d'un habitat intermédiaire à un EHPAD permet de diversifier l'offre du CH et de proposer un parcours du résident
Les propositions intègrent la prévention de la perte d'autonomie
Les propositions prévoient une ouverture sur l'extérieur
Les propositions prennent en compte le besoin de sécurité en tant que caractère fondamental
Le coût pour l'usager permet l'accessibilité financière
Le coût pour la collectivité est moins élevé avec un projet civiquement responsable

3.4.2 Le foyer-logement

Avantages	Inconvénients
Une place à l'intimité plus importante	Un collectif moins fort
Le frein psychologique pour le résident lors d'une réorientation sera moins fort qu'avec le concept de la maison partagée car le modèle du FL est plus proche de l'EHPAD	Le modèle est moins proche du domicile
L'acceptation d'une réorientation pour le résident et la famille est facilitée	
Le concept de FL est connu du grand public	Les FL souffrent d'un manque de visibilité, d'information et d'une image désuète
Les FL reposent sur un cadre conventionné	
Le projet de loi prévoit un renouveau pour les FL qui permettra de leur assurer une meilleure pérennité	La loi est encore au stade de projet
La solution architecturale paraît plus simple à mettre en œuvre	
La gestion est plus facile	

3.4.3 Les maisons partagés

Avantages	Inconvénients
Représentation de la personne âgée plus dynamique que simplement la personne vieillissante déclinante	
Le modèle a vocation à garder la personne âgée le plus longtemps possible en bonne santé	
Un esprit de convivialité et familial très fort	L'ingénierie sociale impose une gestion de l'unité difficile
Le modèle est extrêmement proche du domicile	Le frein pour la réorientation peut être plus difficile car le modèle du FL se rapproche davantage de l'EHPAD et que ce concept est très proche du domicile
L'acceptation de l'entrée en hébergement intermédiaire pour le résident et la famille est facilitée	L'intimité est moins possible qu'en FL
La prise en charge est très individualisée	
Le projet présente un caractère innovant	Projet encore nouveau qui n'est donc pas forcément connu du grand public
	Risque de "dénaturaliser" le projet en l'adaptant à St André car ce ne sera pas des maisons au sens propre du terme et les conditions extérieures sont différentes : c'est en centre-ville et adossé à un EHPAD
	Au niveau architectural, il faut prévoir plusieurs unités
	Le modèle est non conventionné, il n'entre donc pas dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement

Conclusion

« L'adaptation de la société au vieillissement » est le nom donné au projet de loi adopté en mars 2015 par le Sénat[90], il montre que c'est bien la société qui doit évoluer en s'adaptant aux personnes âgées et non l'inverse. Ceci nous amène à nous interroger sur les changements à venir concernant la prise en charge des personnes âgées et notamment l'articulation entre le domicile et l'institution dans le contexte d'une croissance du nombre de personnes âgées couplée à une augmentation de l'espérance de vie. Dans cette perspective, le projet de loi impulse notamment un renouveau des hébergements intermédiaires.

Le CH de Gaillac, avec ses deux EHPAD, possède une orientation médico-sociale forte. À l'EHPAD de Saint-André, l'aile ancienne est à rénover. C'est l'occasion de réfléchir à la vocation que l'on souhaite lui donner.
L'avenir de cette aile doit être choisi de manière stratégique sur trois plans :

- Le plan national avec la bonne prise en compte des politiques publiques ;
- Le plan territorial ;

Le territoire Gaillacois possède une bonne couverture sur la partie EHPAD mais pas sur l'hébergement intermédiaire. Il existe des FL et des maisons partagées dans le département mais pas dans la ville de Gaillac. Le CCAS propose quant à lui des hébergements sociaux réservés aux personnes âgées mais sans qu'il n'existe une prise en charge associée. L'hébergement intermédiaire interviendrait donc par la suite et de manière complémentaire.

- Au niveau du CH.

L'EHPAD de Saint-Jean s'adresse aux personnes les plus dépendantes tandis que l'EHPAD de Saint-André est à destination de personnes plus autonomes.
La proposition d'un hébergement intermédiaire sur Saint-André permettrait donc de diversifier l'offre du CH de Gaillac et de pouvoir travailler sur un parcours du résident.
Deux propositions sont effectuées sur l'hébergement intermédiaire : le foyer-logement et le modèle de maison partagée. Le FL paraît une solution plus ancienne mais qui devrait bénéficier de la lumière apportée par le projet de loi qui les transformera en "résidence autonomie", tandis que le concept des maisons partagées présente un caractère innovant mais d'une plus faible visibilité et d'une maturité moins importante.
Il est difficile de prendre position car la date de mise en œuvre du projet n'est pas fixée et sera dans plusieurs années, le projet de loi n'est pas encore en application et, enfin, le

[90] Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

concept des maisons partagés évolue avec le temps et risque de changer d'ici le lancement du projet.

Néanmoins, la mise en évidence des inconvénients relatifs à chacune de ces solutions, permet de travailler en amont sur la recherche de modalités d'organisation appropriées au contexte local.

Les difficultés présentées pour le concept des maisons partagées sont des points sur lesquels il est tout à fait possible de prévoir des solutions. Il existe deux principaux risques. Le premier est de "dénaturaliser" le concept en passant d'un projet déployé en milieu rural avec des maisons et non en ville, à un projet dans un bâtiment classé et plutôt sous forme d'appartements avec en plus le lien existant avec un EHPAD. Le deuxième risque relève de la gestion spécifique due à l'ingénierie sociale nécessaire, c'est à dire, l'attention particulière qu'il faudra porter à la sélection et l'association des résidents pour permettre le bon fonctionnement de l'unité.

Il apparaît intéressant d'envisager la possibilité de passer une convention avec l'association qui gère les maisons partagées dans le territoire du Tarn. Ce partenariat permettrait de garantir le bon respect de la nature du concept, avec la certitude d'être en cohérence avec les valeurs prônées dans ce projet sur la représentation de la personne âgée et la volonté de la garder le plus longtemps possible avant une éventuelle entrée en EHPAD. Cela permettrait également d'assurer une bonne gestion du fonctionnement grâce à l'expérience qu'ils ont pu développer sur ce concept, la gestion étant la clé de voûte du succès pour un tel projet.

En tant que futur directeur, cette solution innovante me semble correspondre le mieux au besoin grâce à la conception de l'accompagnement de la personne âgée axé sur le maintien de l'autonomie de la personne, son insertion sociale et l'accessibilité financière. Par ailleurs, les inconvénients peuvent être plus facilement contournés avec un conventionnement avec une association, ce qui permettrait un fonctionnement plus facile pour le CH.

La mairie de Gaillac vient, par ailleurs, de lancer un plan pour la prise en charge des personnes âgées qu'il faudra intégrer à la conception du projet. L'application de la loi et l'avancée du concept dans les prochaines années seront tout autant de points qu'il faudra prendre en compte pour pouvoir effectuer un choix par la suite.

Il existe de nombreuses idées d'initiatives dans le territoire et une réflexion est en cours au niveau de la communauté des communes sur la coordination et le support technique qui pourrait se faire collectivement. Si une association devait se créer pour réaliser ce rôle, le CH de Gaillac aurait tout intérêt à s'inscrire dans cette démarche pour apporter un lien fort avec les partenaires, quelle que soit la solution finalement adoptée, foyer-logement ou maison partagée.

Sources et bibliographie

- **Textes législatifs et réglementaires**

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Texte adopté en 1ère lecture par l'Assemblée Nationale le 17 septembre 2014, articles 11-15.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Texte modifié en 1ère lecture par le Sénat le 19 mars 2015, articles 11-15.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Compte rendu analytique officiel de la séance du Sénat du 17 mars 2015.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Etude d'impact du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 2 juin 2014, pages 24-42.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse, 9 septembre 2014, pages 4-5.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dossier de presse, mars 2015, pages 7-8.

Code de l'Action Sociale et des Familles, 2014.

Code de la Construction et de l'Habitation 2015.

- **Ouvrage**

2013, *Références et recommandations pour les logements-foyers*, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), Paris, 19 pages.

❖ **Articles et fascicules**

AOUICI S., 2013, "Á la (re) découverte des logements-foyers", *CADR'AGE*, n°25, pages 1-6.

CAMPEON A., 2011, "Vieillesses ordinaires en solitude", *Gérontologie et société*, n°138, pages 217-229

DORANGE M., 2003, "Maintenir l'estime de soi des personnes âgées à domicile", *La santé de l'homme*, n°363, pages 21-22

EYNARD C., 2013, "EHPAD cherche futur", *Document du CLEIRPPA*, n°49, pages 1-32.

LEON O., 2007, "Les projections régionales de population 2005-2030 : Concertation au Sud et à l'Ouest et intensité variable du vieillissement : le double impact des échanges migratoires", *Économie et statistiques*, n°408-409, pages 137-151.

MALLON I., 2007, "L'entrée en maison de retraite : rupture ou tournant biographique", *Gérontologie et Société*, n°121, pages 251-264.

PERRIN-HAYNES J., 2012, "L'hébergement offert en établissement pour personnes âgées", *Dossiers solidarité et santé*, n°29, pages 1-23.

TREPIED V., 2012, "Les personnes âgées vivant en EHPAD : isolement ou solitude", *Document du CLEIRPPA*, n°47, pages 24-28.

VION A., 2013, "Personnes âgées : des lieux de vie collectifs à (ré)inventer", *Travail social actualités*, n°42, pages 1-4.

2011, "La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches", *Dossiers solidarité et santé*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°18, pages 1-76.

2014, "Enquête EHPA 2011", *Études et résultats*, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°899, pages 1-6.

❖ **Rapports**

AQUINO JP., GOHET P., MOUNIER C., 2013, "Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société", *comité avancée en âge, prévention et qualité de vie*, 132 pages.

BROUSSY L., 2013, "L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !", 202 pages.

IMBAUD D., 2011, "Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie", *rapport du groupe de travail sur la prise en charge de la dépendance n°3*, 50 pages

PINVILLE M., 2013, "Relever le défi politique de l'avancée en âge", 81 pages.

2013, "Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes", Ministère chargé des affaires sociales et de la santé, Paris, 101 pages.

2014, "La France face à la pénurie des maisons de retraite : Situation actuelle et à venir, à l'échelle régionale et départementale", *Cap Retraite*, Paris, 26 pages.

2014, "La stratégie d'investissement social", *Conseil économique social et environnemental (CESE)*, Paris.

❖ **Autres**

2007, "Schéma gérontologique 2007-2012", Conseil Général du Tarn.

2010, "Projections de population à l'horizon 2060", Insee, 4 pages

2012, "Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées", Agence Régionale de Santé.

2014, "Liste des établissements d'hébergement pour personnes âgées", Conseil Général du Tarn.

2015, "Extraction diagnostic PLH T&D", Communauté des communes du Tarn et Dadou, 9 pages.

Sites internet

- Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Internet.midipyrenees.0.html
- Conseil Général du Tarn, http://www.tarn.fr
- INSEE : http://www.insee.fr
- Légifrance, http://www.legifrance.gouv.fr/
- Mairie de Gaillac, http://www.ville-gaillac.fr/
- Maison partagée : http://www.lamaisonpartagee.fr/
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, http://www.sante.gouv.fr/
- Personnes âgées du Tarn, http://personnes-agees.tarn.fr
- http://www.gerontechnologies.com/
- http://www.lemonde.fr/

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des établissements FL et MARPA classés par distance croissante avec Gaillac..... II

ANNEXE II : Tableau du profil des personnes interrogées.....III

ANNEXE III : Exemple de grille d'entretien utilisée IV

ANNEXE IV : Plans de l'aile ancienne de Saint-André V

ANNEXE V : Budget prévisionnel..... VI

ANNEXE I : Liste des établissements FL et MARPA classés par distance croissante avec Gaillac

Ville	Nombre de places	Distance (kms)	Distance (minutes)
Rabastens (81800)	21	17	20
Graulhet (81300)	30	22	24
Albi (81000)	21	26	25
Lavaur (81500)	74	28	30
Valderiès (81350)	24	43	40
Villefranche d'Albigeois (81430)	23	44	40
Soual (81580)	33	55	60
Mazamet (81200)	120	70	65

ANNEXE II : Tableau du profil des personnes interrogées

Profil de la personne interrogée	Nombre de personnes interrogées
Gestionnaire d'un foyer logement	3
Gestionnaire d'un MARPA	1
Gestionnaire ESSMS	2
Responsable financier	1
Infirmière coordinatrice	1
Gouvernante	1
Médecin conseil	1
Médecin coordonnateur	1
Président d'une association pour personnes âgées	1
Responsable d'une association d'aide à domicile	1
ARS	1
CG	1
CLIC	1
Usagers	4
CARSAT	1
CCAS	1
Total du nombre d'entretiens	22

ANNEXE III : Exemple de grille d'entretien utilisée

Accueil

Remerciement accueil.
Présentation de la démarche.
Visite.

Les prestations fournies

Les prestations socles : repas, entretien des locaux, vie sociale (en plus ?), coordination des actions extérieures.
Quelle ouverture sur l'extérieur ? Lien avec le quartier, citoyenneté, activités extérieures, transports en commun.
Si le résident veut cuisiner, studio indépendant ou cuisine collective ?

Les caractéristiques du LF

Place du collectif et de l'individuel.
Dimensionnement des lieux.
Taille optimale de l'unité ?
Gestion des soins.
Quel personnel intervenant ? Formation.
La gestion du 24h/24.
Aspect financier et tarifs.
L'accueil des proches.
Expression des résidents : CVS ?
GMP.

Le parcours du résident

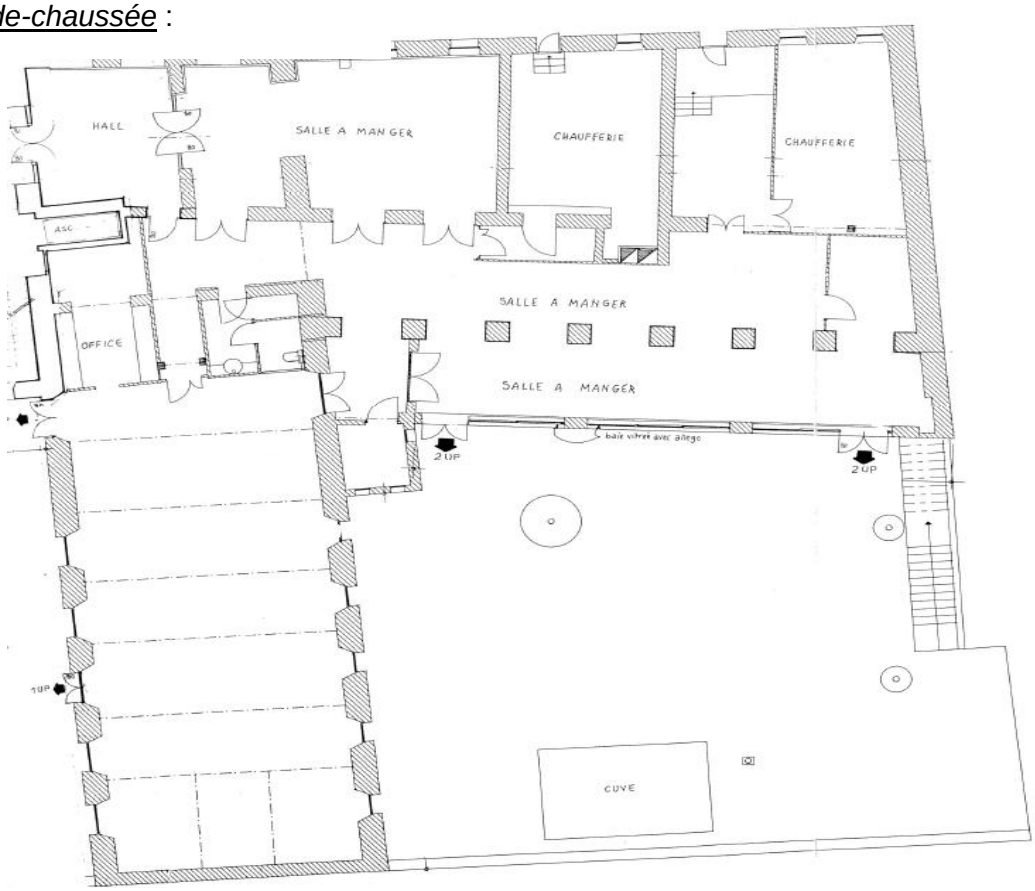
Parcours du résident : comment gérer le changement vers l'EHPAD ? Surtout lorsque la personne n'est pas d'accord.
Toujours sortie vers l'EHPAD ou autres ? Motifs d'entrées/de sorties.

L'évolution des LF

Changement en raison de l'évolution en "résidence autonomie" ?
Gestion du contrat de séjour.

ANNEXE IV : Plans de l'aile ancienne de Saint-André

Rez-de-chaussée :



Étage 1:

ANNEXE V : Budget prévisionnel

Budget prévisionnel à titre informatif

Coût par mois pour 12 résidents	
Coût intérêt	1 360 €
Coût amortissement	5 442 €
Coût personnel	4 509 €
Coût repas	1 782 €
Frais autres	1 360 €
TOTAL	14 454 €

Reste à charge par résident : 1 204 €

Coût par mois pour 15 résidents	
Coût intérêt	1 360 €
Coût amortissement	5 442 €
Coût personnel	5 340 €
Coût repas	2 228 €
Frais autres	1 360 €
TOTAL	15 730 €

Reste à charge par résident : 1 049 €

Point d'équilibre à 1 100 €	
Coût intérêt	1 360 €
Coût amortissement	5 442 €
Coût personnel	5 192 €
Coût repas	2 079 €
Frais autres	1 360 €
TOTAL	15 433 €

Nombre de résidents : 14

Reste à charge par résident : 1 102 €

Evaluation des différents postes de coût

Montant des travaux		surface en m²	854 €	évaluation à partir d'un schéma directeur des travaux
		Coût par m²	1 500 €	évaluation à partir d'un schéma directeur des travaux
		TOTAL travaux	1 281 000 €	
		Equipement mobilier	25 000 €	
		TOTAL	1 306 000 €	
Amortissement et prêt		Amortissement	1 306 000 €	Amortissement sur 20 ans
		Intérêt	326 500 €	Prêt à hauteur de 50 % soit 650 300 € avec un taux de 2,5 %
Personnel		Coût 1 ETP	35 600 €	évaluation dans étude d'impact
		Coût 1,52 ETP	54 112 €	Pour 12 résident
		Coût 1,8 ETP	64 080 €	Pour 15 résidents
Repas		4,95 € / repas 1 repas midi	149 €	Coût du repas du CH de Gaillac
Frais autres		Consommation énergétique, assurance, reversements, etc.	16 325 €	Basé sur une estimation de 25% du montant total des travaux Sur une année

CAMPOCASSO	Yoann	Décembre 2015

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2014-2015

Quelle alternative à l'EHPAD sur le territoire Gaillacois

Résumé :

L'évolution démographique de notre population impose de réfléchir à l'évolution de la prise en charge de la vieillesse.

La volonté de vouloir maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile avec en parallèle une médicalisation croissante des EHPAD crée un clivage croissant qu'il est difficile d'appréhender pour une personne âgée. La question d'un l'hébergement intermédiaire entre les deux, destiné aux personnes dépendantes, se pose alors.

Le Centre Hospitalier de Gaillac cherche à savoir ce qu'il serait opportun de proposer sur une partie définie d'un EHPAD qui est à rénover.

Le présent mémoire a pour objet d'analyser quel est le besoin en partant du cadre national et du cadre local.
A partir de cette analyse, deux propositions ont été formulées. La première se base sur un foyer-logement, qui est modèle classique tandis que la deuxième proposition est axée sur un modèle de maison partagée adaptée au CH de Gaillac.

Mots clés :

Hébergement intermédiaire, hébergement alternatif, foyer-logement, maison partagée, alternative à l'EHPAD, Gaillac, territoire Gaillacois

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs