



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES**

Date du Jury : **Novembre 2007**

---

**Créer un EHPAD au sein d'un logement-  
foyer : offrir aux résidents devenus  
dépendants une alternative au  
déracinement.**

---

**Pierre Goussé**

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

## **1<sup>ère</sup> partie.**

<b>1.Evolution de la population accueillie en logement-foyer, l'émergence des facteurs de dépendance : une prise en compte récente.....</b>	<b>3</b>
---	----------

<b><u>1.1 Les politiques publiques du traitement de la vieillesse.....</u></b>	<b>4</b>
--	----------

<b>1.1.1 Evolution des politiques depuis le rapport Laroque en 1945 : la place des logements-foyers.....</b>	<b>4</b>
--	----------

1.1.1.1 De l'assistance des « vieillards nécessiteux » à la reconnaissance d'un statut de la personne âgée.....	4
---	---

1.1.1.2 Une politique favorisant le maintien à domicile, parallèlement à un développement des établissements.....	5
---	---

1.1.1.3 La place des logements-foyers : leur rattachement au secteur social et médico-social.....	7
---	---

<b>1.1.2 La prise en compte de la dépendance : les effets du vieillissement codifiés.....</b>	<b>8</b>
---	----------

1.1.2.1 La notion de dépendance : des définitions variées.....	8
--	---

1.1.2.2 La notion d'autonomie.....	9
------------------------------------	---

1.1.2.3 La prise en charge de la dépendance ; deux allocations se succèdent.....	9
--	---

<b>1.1.3 le contexte local avec le schéma gérontologique départemental : l'évolution démographique et l'offre de service locale.....</b>	<b>12</b>
--	-----------

<b><u>1.2 Caractéristiques de la population accueillie au logement-foyer Les Tourelles : une mission qui évolue.....</u></b>	<b>14</b>
--	-----------

1.2.1 Historique et caractéristique des Tourelles.....	14
--	----

1.2.2 Un domicile au cadre rassurant : combattre l'isolement et la solitude.....	16
--	----

1.2.3 Evolution de la population accueillie : l'apparition de la dépendance.....	18
--	----

1.2.4 Les limites actuelles de la tarification.....	20
---	----

<b><u>1.3 A la rencontre des besoins de la population et de leurs familles :l'enquête de satisfaction.....</u></b>	<b>22</b>
1.3.1 Les valeurs et les spécificités du logement-foyer.....	22
1.3.2 L'enquête de satisfaction et des besoins : sécurité avant tout, et une vision dérangeante de la dépendance.....	23
1.3.2.1 Enquête de satisfaction des services actuels et évaluation des besoins des résidents.....	23
1.3.2.2 Résultats du questionnaire de satisfaction et d'évaluation des besoins.....	24
1.3.3 La notion de déracinement : la perte du domicile, une expérience redoutée et source d'angoisse.....	27
<b><u>Conclusion 1<sup>ère</sup> partie.....</u></b>	<b>28</b>

## **2<sup>ème</sup> partie.**

### **2. Les dysfonctionnement dans la prise en charge des personnes âgées du logement-foyer : quelle évolution possible pour s'adapter aux nouveaux besoins ?.....**

<b><u>2.1 Une suite de rapports sur l'avenir des logements-foyers: des opportunités réglementaires.....</u></b>	<b>30</b>
2.1.1 les propositions du CNRPA : le point de vue des retraités et personnes âgées.....	30
2.1.2 Le rapport Grunspan de juillet 2002 : des propositions d'évolution adaptée à la réalité de la population accueillie.....	32
2.1.3 L'enquête sur l'état des lieux « population-bâti » dans les logements-foyers pour personnes âgées.....	34
2.1.3.1 Etat des lieux « population-bâti » : une problématique générale des logements-foyers.....	34
2.1.3.2 Le PLFSS 2006 : quelques réponses à l'évolution des logements-foyers.....	36
2.1.3.3 Le décret du 9 mai 2007 : les modalités de dérogation au conventionnement tripartite.....	37
<b><u>2.2 L'état des lieux du logement-foyer : positionnement par rapport à la personne âgée.....</u></b>	<b>38</b>
2.2.1 L'offre de service : quel choix pour les personnes âgées dépendantes dans le secteur ?.....	39
2.2.2 L'état des lieux du logement-foyer : les limites architecturales.....	40
2.2.2.1 Situation du logement-foyer : un emplacement attractif pour les personnes âgées.....	41

2.2.2.2 Les exigences légales de sécurité : deux réglementations qui s'opposent.....	42
<b>2.2.3 Les ressources humaines et financières des Tourelles.....</b>	<b>43</b>
2.2.3.1 Un personnel en demande de formation face à la montée de la dépendance.....	43
2.2.3.2 L'aspect financier et budgétaire .....	44
<b><u>2.3 Les options possibles : le choix de créer un EHPAD au sein du logement-foyer.....</u></b>	<b>45</b>
2.3.1 Evolution du logement-foyer hors convention EHPAD : la nécessité de retrouver un GMP inférieur à 300.....	46
2.3.2 Le logement-foyer pourrait entièrement se convertir en EHPAD.....	48
2.3.3 La sectorisation de l'établissement : la solution retenue.....	48
<b><u>Conclusion 2<sup>ème</sup> partie.....</u></b>	<b>50</b>

### **3<sup>ème</sup> Partie.**

#### **3.Un Ehpad au sein du logement-foyer, une alternative au déracinement.....50**

##### **3.1 Les préliminaires du projet : une concertation générale.....53**

###### **3.1.1 Le projet de transformation : impliquer les acteurs.....53**

3.1.1.1 Rassembler les résidents valides et dépendants.....54

3.1.1.2 Impliquer les familles : réaffirmer leur place dans le projet institutionnel.....55

3.1.1.3 Concertation avec le personnel.....56

###### **3.1.2 Les valeurs du projet d'établissement.....57**

3.1.2.1 Le parcours de vie : le projet d'établissement commun aux deux entités.....58

3.1.2.2 Le projet de vie au logement-foyer.....60

3.1.2.3 Les spécificités de l'unité EHPAD.....61

3.1.2.3.1 *Le soin ne se suffit plus à lui seul : il faut prendre soin.....62*

3.1.2.3.2 *Le projet d'animation : conserver les liens existants.....62*

3.1.2.3.3 *La place de la famille : intégrer les visites aux activités.....63*

3.1.2.3.4 *Les limites du projet : les grands désorientés.....64*

##### **3.2 Evaluation chiffrée des conséquences du projet.....64**

###### **3.2.1 Description des principales transformations en EHPAD.....65**

###### **3.2.2 Les aménagements de l'EHPAD et leur impact sur le prix de journée.....66**

3.2.2.1 Le poids des travaux et de la nouvelle organisation.....66

3.2.2.2 Influence de la médicalisation en terme de personnel.....66

###### **3.2.3 Les aménagements du logement-foyer : un pris de journée à maîtriser.....68**

###### **3.2.4 Les nouveaux besoins en personnel ; une perspective de formation.....70**

##### **3.3 La mise en œuvre : la convention tripartite moteur**

<b><u>de la démarche qualité</u></b> .....	<b>71</b>
<b>3.3.1 L'auto-évaluation : une réflexion en profondeur des missions et objectifs de l'établissement</b> .....	<b>72</b>
<b>3.3.2 Le dossier de conventionnement</b> .....	<b>73</b>
<b>3.3.3 Le dossier CROSMS</b> .....	<b>75</b>
<b>3.3.4 Les financements possibles : atténuer le report de la charge sur les résidents, assurer une prévisible augmentation de la dépendance dans les années à venir</b> .....	<b>76</b>
<b>3.3.5 L'évaluation et les perspectives</b> .....	<b>78</b>
<b><u>Conclusion 3<sup>ème</sup> partie</u></b> .....	<b>79</b>
<b><u>Conclusion générale</u></b> .....	<b>80</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>81</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>82</b>

## Liste des sigles utilisés

<b>AGGIR</b>	<b>Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources.</b>
<b>ANGELIQUE</b>	<b>Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les usagers en Etablissement.</b>
<b>APA</b>	<b>Allocation Personnalisées d'Autonomie.</b>
<b>APL</b>	<b>Aide Personnalisée au Logement.</b>
<b>AVQ</b>	<b>Aides à la Vie Quotidienne.</b>
<b>CAF</b>	<b>Caisse d'Allocations Familiales.</b>
<b>CANTOU</b>	<b>Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles.</b>
<b>CAS</b>	<b>Centre d'Analyse Stratégique.</b>
<b>CASF</b>	<b>Code de l'Action Sociale et des Familles.</b>
<b>CCAS</b>	<b>Centre Communal d'Action Sociale.</b>
<b>CIH</b>	<b>Classification Internationale des Handicaps</b>
<b>CLIC</b>	<b>Centre Local d'Information et de Coordination.</b>
<b>CNRPA</b>	<b>Comité National des Retraités et des Personnes Agées.</b>
<b>CNSA</b>	<b>Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.</b>
<b>CRISMS</b>	<b>Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-sociales.</b>
<b>CROSMS</b>	<b>Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.</b>
<b>CVS</b>	<b>Conseil de Vie Sociale.</b>
<b>DGAS</b>	<b>Direction Générale de l'Action Sociale.</b>
<b>DDASS</b>	<b>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.</b>
<b>DGUHC</b>	<b>Direction Générale de l'Urbanisme de l'Habitat et de la Construction.</b>
<b>EHPA</b>	<b>Etablissement Hébergeant des Personnes Agées.</b>
<b>EHPAD</b>	<b>Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.</b>
<b>ERP</b>	<b>Etablissement Recevant du Public.</b>
<b>FEHAP</b>	<b>Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Public.</b>
<b>FINESS</b>	<b>Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux.</b>
<b>FNS</b>	<b>Fonds National de Solidarité.</b>
<b>GIR</b>	<b>Groupe Iso-Ressources.</b>
<b>GMP</b>	<b>GIR Moyen Pondéré.</b>
<b>HACCP</b>	<b>Hazard Analysis Critical Control Point.</b>
<b>HAD</b>	<b>Hospitalisation à Domicile.</b>
<b>HLM</b>	<b>Habitation à Loyer Modéré.</b>
<b>MARTHE</b>	<b>Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement.</b>
<b>PSD</b>	<b>Prestation Spécifique Dépendance.</b>
<b>PLFSS</b>	<b>Projet de Financement de la Sécurité Sociale.</b>
<b>SSIAD</b>	<b>Service de Soins Infirmiers à Domicile.</b>

## INTRODUCTION

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante<sup>1</sup> présente la vieillesse comme « une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement ». Dans son article premier il est énoncé que : « toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie », et l'article suivant précise : « le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. »

Le vieillissement général de la population européenne et française est dû à une baisse de la fécondité et à un allongement de la vie en bonne santé. Associé aux politiques de maintien à domicile, ce vieillissement se répercute sur l'âge d'entrée en établissement.

Dans le logement-foyer que je dirige, celui-ci est en constante augmentation depuis ces 10 dernières années. Or, avec l'âge les facteurs de dépendance s'accroissent. Ceux-ci affectent de plus en plus les résidents des logements-foyers.

La question du projet d'établissement et du projet de vie sont interpellés et vont influencer les modes de prise en charge traditionnelle. L'avenir des logements-foyers est posé. Les normes de sécurité et d'accessibilité ne répondent plus aux besoins des personnes accueillies. Les besoins en personnel changent et exigent plus de technicité. La transformation totale ou partielle des logements-foyers doit s'envisager dès lors que le niveau de dépendance atteint un certain seuil.

L'apparition des facteurs de dépendance chez les résidents avec le spectre de leur transfert en maison de retraite médicalisée est source d'angoisse pour beaucoup d'entre-eux. Quitter le logement-foyer c'est abandonner leur domicile, ne plus revoir ses meubles ; c'est être déraciné, c'est perdre ses points de repères. Finir ses jours chez eux est le souhait d'une majorité.

Faire cohabiter personnes âgées valides et autonomes avec des personnes âgées fortement dépendantes n'est pas envisageable en l'état : les missions initiales du logement-foyer s'en trouvent détournées et heurtent les personnes valides et autonomes. Le logement-foyer peut-il offrir un parcours de vie harmonieux à la personne âgée ? Peut-il la suivre jusqu'au bout et dans quelle mesure ? Par quelle transformation pouvons-nous concilier sans rupture les deux logiques de prise en charge que sont l'autonomie sécurisée, et la grande dépendance qui survient avec l'âge ?

---

<sup>1</sup> Fondation Nationale de gérontologie, Ministère de l'Emploi et des Solidarités, 1997.

Sommes-nous en mesure de bâtir un projet qui respecte davantage encore les droits et libertés de la personne âgée dépendante ?

Le projet d'établissement que j'ai proposé au conseil d'administration de l'association gestionnaire est la transformation partielle du logement-foyer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ce mémoire traitera de ce projet.

La première partie fera le point sur l'évolution de la population âgée en France puis dans le logement-foyer que je dirige. A travers l'évolution des politiques sociales de la vieillesse et de la dépendance je situerai l'établissement dans l'offre de service gérontologique, et aborderai les valeurs et les spécificités auxquelles il répond.

Dans la deuxième partie, j'exposerai les dysfonctionnements engendrés par les niveaux de service attendus par les personnes âgées notamment dépendantes, et les opportunités réglementaires pour résoudre ces problèmes. Puis je présenterai la solution adoptée parmi plusieurs scénarios possibles pour répondre aux attentes des résidents en concordance avec les politiques sociales.

La troisième partie sera consacrée à la mise en œuvre de la création d'un EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) au sein du logement-foyer, offrant ainsi une alternative au déracinement que constituerait leur transfert hors de leur domicile vers une maison de retraite totalement médicalisée.

## 1<sup>ère</sup> partie

# 1. EVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE EN LOGEMENT-FOYER, L'EMERGENCE DES FACTEURS DE DEPENDANCE : UNE PRISE EN COMPTE RECENTE

Alfred Sauvy dans son ouvrage " La France ridée<sup>2</sup> ", fait remarquer que « Le vieillissement de la population est le phénomène social le plus important de la fin du XXème siècle tant ses conséquences sont multiples, diverses, diffuses ».

Les prévisions démographiques font état d'une forte augmentation à venir de la population des plus de 65 ans. Ils seront 10.4 millions en 2010, soit 1 million de plus qu'en 2000, et près de 19 millions en 2050, soit 29% de la population totale<sup>3</sup>. En 2005, l'effectif des 65 ans et plus atteignaient 16,4% de l'ensemble de la population contre 13,9% 15 ans plus tôt en 1990. L'accroissement du vieillissement de la population oblige à s'interroger sur leurs besoins spécifiques en matière sanitaire et social ainsi que sur les réponses d'ores et déjà apportées ou celles attendues.

Par ailleurs, le bilan démographique de 2004 montre une nette diminution des décès. L'allongement de la vie est le facteur qui commence à bouleverser l'équilibre traditionnel de notre société tant sur le plan social, économique, et politique.

Ainsi, on projette un accroissement considérable de la population des 80 ans et plus dans les années qui viennent.

Enfin, le rapport de dépendance des personnes âgées, indicateur qui représente la charge de la population âgée pour la population en âge de travailler (rapport des 65 ans ou plus sur les 20-64 ans) augmente de plus de 40%, à un rythme régulier depuis 1950<sup>4</sup>. En janvier 2005, le nombre de personnes âgées représentait plus du quart (28%) de celui des personnes de 20 à 64 ans contre moins d'un cinquième en 1950, et laisse déjà pressentir le problème du poids des coûts des prises en charge à venir.

De plus, le vieillissement général et rapide de la population s'accompagne d'une augmentation de la dépendance qui se fait ressentir tant à domicile que dans les établissements. Cela amène à nous interroger sur l'évolution des modes de prises en charge à privilégier.

---

<sup>2</sup> Sauvy A., Chaunu P., Legrand J., Dumont G.-F., La France ridée. Ed. le livre de poche.

<sup>3</sup> Charpin J.-M./ Ed. INSEE-références. *Les personnes âgées*. Paris : Insee 2005. 135 p.

<sup>4</sup> Ibid.

Pour mieux cerner le contexte actuel dans lequel évolue les logements-foyers, je commencerai par un rappel de l'évolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées.

## **1.1 LES POLITIQUES PUBLIQUES DU TRAITEMENT DE LA VIEILLESSE.**

Le vieillissement, processus inéluctable avec son spectre de la dépendance, voire de la souffrance non seulement physique mais aussi morale renvoie à une image négative et dégradante de la vieillesse qui effraie.

La conception de la vieillesse fondée sur le découpage de la vie en plusieurs étapes dont celui de la retraite qui signe l'entrée dans la catégorie des personnes âgées est aujourd'hui inopérante.

La population des 60 ans et plus, ne peut plus être considérée comme un groupe homogène. L'augmentation de l'espérance de vie rend nécessaire la distinction d'un troisième et d'un quatrième âge ; de surcroît, l'augmentation de celle-ci en bonne santé (sans incapacité) amène à reconsidérer la vision de la personne âgée et donc les modalités des prises en charge successives..

### **1.1.1 Evolution des politiques depuis le rapport Laroque en 1945 : la place des logements-foyers**

#### **1.1.1.1 De l'assistance des « vieillards nécessiteux » à la reconnaissance d'un statut de la personne âgée**

L'aide aux personnes âgées est l'une des plus anciennes formes d'Aide Sociale, restée longtemps dominée par la notion d'Assistance, jusqu'aux lendemains de la libération.

Par la suite, les politiques de soutien en faveur des personnes âgées se sont organisées autour de deux axes antagoniques, d'une part le maintien à domicile, d'autre part le placement en structure d'accueil collectif.

La grande loi d'assistance du 14 juillet 1905 portant sur « l'assistance obligatoire aux vieillards indigents, aux infirmes et aux incurables<sup>5</sup> » assurait aux personnes âgées sans ressources soit de recevoir une pension mensuelle soit d'être hébergées dans un hospice.

C'est essentiellement avec la généralisation de l'assurance vieillesse dans le cadre de l'ordonnance du 4 octobre 1945, acte fondateur de la sécurité sociale, que les pouvoirs publics ont réellement pris conscience de la place des personnes âgées dans notre société, et leur attribue un véritable statut.

En 1956, la loi n° 56.639 du 30 juin 1956 crée le Fonds National de Solidarité(FNS)

---

<sup>5</sup> Castel Robert, les métamorphoses de la question sociale, Folio, Essais, 1995.

qui permet le versement d'un minimum vieillesse à toute personne de 65 ans et plus. La nécessité de la mise en œuvre d'une politique globale en faveur des personnes âgées interviendra avec la publication du rapport de la commission Laroque en 1962 et jette les bases d'une politique de la vieillesse centrée sur le maintien à domicile pour les vingt ans à venir. Le rapport Laroque pose également les bases de la loi de 1970 sur la réforme hospitalière et de la loi sociale plus connue sous le nom de loi de 75.

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales qui se détache de la mouvance hospitalière va permettre de structurer le domaine de prise en charge des personnes âgées. Sans être aussi contraignante que dans le secteur de la santé, elle coordonnera les créations d'établissements, créera les sections de cure médicale, favorisera les conseils de maison (puis de conseils d'établissement).

Si le rapport Laroque favorisait le maintien à domicile, le développement des établissements continuait et se structurait.

#### 1.1.1.2 Une politique favorisant le maintien à domicile, parallèlement à un développement des établissements

Dans son rapport, Pierre Laroque préconisait déjà de promouvoir le maintien à domicile comme une alternative à l'institution, indépendamment bien sûr du thème principal de ce rapport qui était la disparition programmée des hospices.

La politique de maintien à domicile évoquée alors se voulait :

- Universelle : en faveur de toutes les personnes âgées
- Globale : incluant le logement, les ressources et les loisirs
- Préventive : pour retarder les effets du vieillissement
- Intégrative : en maintenant et favorisant l'insertion des personnes âgées dans la société.

Dés les années 1970, les différents plans quinquennaux (VIème et VIIème plan notamment) organisent des programmes favorisant le maintien à domicile des personnes âgées en alternative à l'hospitalisation avec des services d'aide ménagère et de soins à domicile tout en précisant que le maintien de celles-ci dans leur cadre habituel de vie doit s'accompagner de mesures visant à préserver et développer l'autonomie des personnes âgées et leur participation à la vie sociale.

La circulaire du 1<sup>er</sup> février 1972 vient renforcer la volonté d'une politique sociale de la vieillesse centrée sur le maintien à domicile. Elle recommande la coordination des services d'aide ménagère et services de soins infirmiers dans un périmètre géographique défini, pour éviter le recours prématuré à l'hébergement collectif.

De même, les SSIAD<sup>6</sup> apparus dans les années 1970 vont permettre d'éviter une hospitalisation par ailleurs traumatisante ou de faciliter le retour à domicile.

Si, à partir des années 1980, la politique de maintien à domicile prend son essor, les pouvoirs publics vont cependant poursuivre la transformation et l'humanisation des hospices et la médicalisation des structures d'hébergement.

La place des personnes âgées dans la société, et leurs conditions de vie en établissement deviennent source d'attention de la part des pouvoirs publics.

Les politiques en faveur des personnes âgées s'orientent selon trois directions : aides financières, le maintien à domicile et le placement en établissement d'accueil. La circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées (circulaire Franceschi) rappelle les fonctions essentielles des structures d'hébergement pour personnes âgées quelles qu'elles soient. (Cf. annexe1). Trouvant personnellement leur énoncé toujours de mise, je n'ai pas hésité à m'en inspirer pour guider mes choix.

Neuf années après la circulaire de 1982, le rapport Boulard de juin 1991 s'inscrit dans la même perspective gestionnaire et abordera les problèmes de la dépendance.

La loi 2002 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale offre le schéma de ce que doit être la prise en charge d'une personne quelque soit l'établissement, en réaffirmant la promotion du droit des usagers et de leur entourage, et dresse la liste de leurs droits fondamentaux inscrits à l'article L.311-3 du CASF (Code de l'Action Sociale et des familles).

Enfin, la question de la prise en charge de la dépendance sera graduellement priorisée pour aboutir à la création de la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) qui sera remplacée par l'APA ( Allocation Personnalisée à l'Autonomie) mise en place par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001.

La question d'un cinquième risque « dépendance » est redevenue d'actualité. Le rapport de la mission Briet-Jamet du 22 décembre 2003 s'attachera à mieux redéfinir l'organisation de la décentralisation du secteur personne âgée vers les Conseils généraux institué en chef de file de la politique sociale en faveur des personnes âgées. Il travaillera sur les conditions de gestion des soins, et préfigurera la naissance de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie) en rapport avec les orientations nationales de prise en charge des personnes en situation de dépendance.

Une offre particulière de maintien à domicile des personnes âgées valides s'est développée depuis les années 1970. Il s'agit des logements-foyers dont l'offre d'habitation est une offre de logement autonome regroupée dans une même structure.

---

<sup>6</sup> Service de Soins Infirmiers à Domicile

### 1.1.1.3 La place des logements-foyers : leur rattachement au secteur social et médico-social.

La loi cadre sur l'urbanisme du 4 août 1957 va inciter les HLM (Habitation à Loyer modéré) à construire des logements-foyers pour les jeunes et les vieillards, assurant en quelque sorte le lien entre le domicile et les maisons de retraite. Puis, la circulaire du 18 janvier 1960 du ministère de la construction cible davantage l'accueil des personnes âgées en donnant des recommandations et prescriptions d'aménagement.

A la suite du rapport Laroque, dans la droite ligne de la politique de soutien en faveur des personnes âgées, l'arrêté du 28-06 -1966 et sa circulaire d'application du 30-06-1966 du ministère de l'Équipement incitent à la construction de logement-foyers. La circulaire du 5 décembre 1974 définit la vocation des logements-foyers comme « des appartements destinés aux personnes âgées capables de vivre de manière habituelle dans un logement indépendant mais ayant besoin occasionnellement d'être aidées. »

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales fait des logements-foyers des établissements relevant des institutions sociales et médico-sociales en les soumettant à la procédure d'autorisation préalable avec passage en CRISMS (Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales) devenue aujourd'hui les CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale).

Lorsque les logements-foyers sont habilités à accueillir des bénéficiaires de l'Aide Sociale, le Président du Conseil Général fixe le budget de fonctionnement et arrête le ou les prix de journée de l'hébergement. En ce qui concerne les soins, les résidents disposent comme à domicile du libre choix du praticien. Le décret n°77-1289 du 22 novembre 1977 a introduit la médicalisation dans les établissements pour personnes âgées en assurant une surveillance médicale régulière et des soins courants pour maintenir les pensionnaires dans les meilleures conditions physiques possibles. La circulaire 51 du 26 octobre 1978 invite les établissements à maintenir des pensionnaires en leur assurant les soins qu'ils auraient pu recevoir à leur domicile avec un entourage familial. La circulaire rappelle que les logements-foyers qui peuvent solliciter la création de section de cure médicale ne devraient accepter comme pensionnaires que des personnes âgées valides.

Notons que c'est l'arrêté du 13 mars 1985 qui a exclu le terme foyer-logement au profit de celui de logement-foyer pour décrire cette forme d'habitat.

La loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 sur la solidarité et le renouvellement urbain a consacré le logement-foyer comme résidence principale de ses occupants. Le nom même de ce concept résulte du rapprochement de deux cultures à travers deux termes, symbolisant l'un, l'hébergement collectif de nature sociale ou médico-sociale, l'autre, l'autonomie et l'intimité.

A travers l'ensemble de ces politiques publiques successives, se profile la question de la place accordée aux aînées dans notre société ; par ailleurs la qualité de leur prise en charge est sous-tendue par les facteurs de dépendance en augmentation dont les conséquences passent par une redéfinition de la vieillesse, et une reconsidération du coût et des modalités de la prise en charge de cette dépendance.

Il me semble nécessaire de m'attarder sur cette notion avant d'aller plus loin.

### **1.1.2 La prise en compte de la dépendance : les effets du vieillissement codifiés**

En préambule de ce paragraphe, il convient de donner une définition des notions de dépendance et d'autonomie.

#### 1.1.2.1 La notion de dépendance : des définitions variées.

Il n'existe pas une définition administrative ou sanitaire officielle et unique de la dépendance.

« La dépendance est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état requiert une surveillance régulière ».

Cette définition, donnée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant une Prestation Spécifique Dépendance, a été reprise à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

La dépendance peut être physique ou psychique, économique, et sociale. Elle ne se définit pleinement qu'au travers des rapports que chaque individu tisse avec son environnement et son cadre de vie.

Pour évaluer le degré de celle-ci, différentes grilles existent et peuvent être utilisées selon les situations et les objectifs suivis : (grille Colvez qui qualifie la mobilité, grille Katz avec de plus nombreux critères, grille EHPA<sup>7</sup> qui distingue outre les critères Colvez, ceux de la dépendance psychique.)

La grille retenue la plus courante pour évaluer la perte d'autonomie et servir au calcul du niveau des aides accordées est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)<sup>8</sup> définie par le décret n° 97-427 du 28 avril 1997.

Il convient de bien distinguer la notion de « dépendance » de celle de « perte d'autonomie ».

---

<sup>7</sup> Etablissement Hébergeant des Personnes Agées.

<sup>8</sup> Cf., annexe 2.

### 1.1.2.2. La notion d'autonomie

La notion d'autonomie dans son concept d'origine de la Grèce Antique caractérisait la capacité ou le droit de se donner à soi-même (à ses décisions ou à ses actes) sa propre loi ou règle ; on parle plus ici d'autodétermination même partielle ou limitée.

Pour un individu c'est le droit personnel et/ou sa capacité à choisir lui-même ses propres règles de conduite, et à décider de ses actes et de leurs conséquences. Le concept moderne d'autonomie fait référence d'une manière plus étendue à la capacité d'action au plan physique, psychologique, mental et intellectuel, et social. L'autonomie de la personne est un droit et est source de droits. S'il n'y a plus exercice de celle-ci il y a mise sous tutelle instituée par la loi.

Le contraire d'autonomie n'est pas dépendance, mais perte d'autonomie, qui caractérise l'impossibilité pour une personne de choisir elle-même ses propres règles de vie.

La perte d'autonomie évoque pour un individu, une impossibilité de choisir pour soi-même.

La dépendance renvoie à une impossibilité de faire soi-même.

Ainsi, une personne âgée peut être dépendante mais demeurer autonome par sa libre gestion de sa vie, selon ses propres règles.

La part des 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 pour atteindre les 10 millions de personnes entre 2000 et 2040<sup>9</sup>. Parallèlement, la croissance prévisible des personnes dépendantes, évaluée à 1% par an jusqu'en 2040, amène à s'interroger sur les niveaux de prise en charge des personnes âgées non seulement en terme de retraite et de dépenses de santé dont les besoins s'accroissent avec l'âge, mais aussi sur ceux des personnes dépendantes dont le nombre augmentera dans les années à venir.

### 1.1.2.3 La prise en charge de la dépendance ; deux allocations se succèdent : PSD puis APA

Avec le processus de décentralisation entamé dans les années 1980, la notion de dépendance déjà évoquée dans le rapport ARREKS de 1979 sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, prédomine puis pose le problème de son financement.

---

<sup>9</sup> Charpin J-M./I. Données sociales. *La société française*. Paris : Ed. INSEE-références. 2006. 667 p.

Puis dans la mouvance de la décentralisation des années 1980, la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 dite « loi particulière » transfère le financement de l'aide sociale au département qui désormais jouera un rôle accru dans l'action sociale et médico-sociale pour la personne âgée.

En juin 1991 le rapport Boulard sur la Dépendance et la Solidarité aborde non seulement le problème du financement de la dépendance, mais souligne aussi quatre points essentiels :

- L'amélioration des conditions financières de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en augmentant le nombre de places médicalisées, en décloisonnant le sanitaire et le social, en augmentant les forfaits soins, en redéployant certaines dépenses.
- La sauvegarde des droits des personnes âgées dépendantes.
- La poursuite de la diversification des modes d'accueil en renforçant le maintien à domicile et en favorisant le soutien aux familles.
- L'accentuation des actions de prévention en favorisant les interventions précoces en terme d'accidents domestiques causes majoritaires d'accidents invalidants, et de conservation des capacités d'autonomie.

A la suite de ce rapport, le rapport Schopflin « dépendance des personnes âgées » en septembre de la même année s'inscrit dans la même perspective gestionnaire.

Les rapports Boulard et Schopflin recommandent l'un après l'autre la création d'une nouvelle allocation pour les personnes âgées dépendantes. Deux types de prestations vont se succéder.

La création de la PSD (prestation spécifique dépendance) par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 constitue une réelle prise en compte de la dépendance. Son attribution n'est plus liée à la catégorie de l'établissement dans lequel vit la personne mais à son état de dépendance.

La PSD est octroyée après évaluation de la dépendance par une équipe médico-sociale à l'aide d'un outil, la grille AGGIR. Celle-ci imaginée par des gériatres en s'inspirant de la classification internationale des handicaps (CIH) permet de graduer certains aspects de l'autonomie de la personne par l'observation des actes qu'elle effectue.

La codification de chaque variable donne un classement en six « groupes iso ressources » (GIR) représentant des groupes homogènes de personnes nécessitant la même quantité de ressources pour leur « soins », allant du plus lourd ( GIR1) au plus valide (GIR6) telle que détaillée en annexe 2.

Cette grille nationale définie par le décret n° 97-427 du 28 avril 1997, permet aux professionnels de tenir un langage commun, et a le mérite d'uniformiser les évaluations sur l'ensemble du territoire. Elle participe à la coordination de la prise en charge de la dépendance voulue par le législateur. Cependant, le principe de la récupération sur succession des sommes versées, les disparités des montants alloués en fonction des départements ont ralenti l'expansion de la PSD.

Suite aux critiques sur la PSD dénoncés notamment dans le livre noir de juin 1998 par le comité de vigilance de la PSD émanant du Comité National des Retraités et Personnes Agées et des organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissement, se dessine l'apparition de l'APA en remplacement de la PSD.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA.

Celle-ci relève de 7 principes forts :

1-Droit universel, concerne l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans se trouvant dans l'incapacité d'assumer les conséquences de son manque ou de sa perte d'autonomie liée à son état physique et mental, ayant donc besoin d'une aide de la collectivité, dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire.

2-l'élargissement du champ de la prestation qui inclut les personnes âgées de GIR4, et qui assimile au domicile, l'accueil familial chez le particulier et l'accueil dans les hébergements collectifs tels les logements-foyers.

3-allocation proportionnelle au degré de la perte d'autonomie dans le cadre d'un plan d'aide individualisé, fonction de ses revenus et des dépenses engagées par celle-ci.

4-son montant est plus élevé à domicile qu'en établissement.

5-elle ne fait pas l'objet d'un recouvrement sur succession.

6-elle est attribuée par le conseil général sur proposition d'une commission APA.

7-elle sous-tend une amélioration de la qualité des prestations aux personnes âgées et une diversification.

La question de la solidarité en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie sera affirmée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées qui transforme le plan « vieillissement et solidarités » rendu public le 6 novembre 2003 en plan « dépendance et solidarité ».

L'inquiétude du financement de l'APA dont le niveau de dépenses a augmenté de manière exponentielle se traduit par l'instauration d'une journée supplémentaire de travail dite de solidarité afin de contribuer au financement de la prise en charge de la dépendance.

L'APA constitue un compromis entre Aide sociale versée par le département et une assurance versée par l'Etat par le biais des prélèvements de cotisation patronale sur la journée de solidarité.

Il s'agit maintenant de positionner l'établissement que je dirige dans le contexte du département au regard du 3ème schéma gérontologique établi pour la période 2003 à 2007. Le schéma est l'outil mis en place par la loi du 6 janvier 1986 à l'usage des conseils généraux pour guider leur politique vieillesse départementale. Il fixe pour ces cinq années à venir les orientations départementales en faveur des personnes âgées

### **1.1.3. Le contexte local avec le schéma gérontologique départemental : l'évolution démographique et l'offre de service locale**

Il convient de constater que le département amplifie les phénomènes enregistrés au plan national. Une première caractéristique vient de la forte croissance démographique qui marque notre région d'une part avec +8,5% de progression et d'autre part avec la forte explosion démographique de notre département à +12,5% entre 1990 et 1999, soit un rythme 4 fois supérieur à celui enregistré en France métropolitaine<sup>10</sup>.

*Toutes les projections démographiques à l'horizon 2015-2020 s'accordent pour conserver au département de l'Hérault un rythme de croissance rapide :*

	<b>1999</b>	<b>Evolution 2005/1999</b>	<b>2005</b>	<b>Evolution 2010/1999</b>	<b>2010</b>
<b>Population héraultaise totale :</b>	896909	9,1%	978320	17,1%	1051000
<b>Nombre des 75 ans et plus :</b>	77629	9,7%	85197	25,1%	97112
<b>Part des 75 ans et plus :</b>	8.7%		8.7%		9.2%
<b>Part des 75 ans et plus en France :</b>	7%		8.05%		8,6%

<sup>10</sup> Schéma gérontologique du département de l'Hérault, 2003-2007.

Le groupe des 75 ans et plus, est supérieur de celui au niveau national, et devrait atteindre les 97112 personnes vers 2010 soit 9,2% de la population héraultaise<sup>11</sup>.

Le contexte démographique est marqué par une forte et constante progression des personnes âgées et notamment de celui des personnes dépendantes.

Dans le département, les 2/3 des personnes dépendantes ont 60 ans ou plus, et le besoin d'aide à la mobilité concerne une personne âgée sur 10. En outre, 40,8% des personnes dépendantes ont recours à une tierce personne pour sortir de leur domicile ; celles-ci sont considérées modérément dépendantes selon la grille de Colvez qui ne mesure que la dépendance liée à la mobilité en fonction des besoins d'aide pour la toilette ou l'habillement<sup>12</sup>. Ainsi, on constate une augmentation très rapide du nombre des demandes d'APA. Concernant les Tourelles, comme pour tout logement-foyer, l'APA y est versée sous la forme d'un plan d'aide individualisée comme à domicile.

L'évolution récente de l'action gérontologique met l'accent sur la nécessaire mise en œuvre d'une véritable politique du maintien à domicile des personnes âgées. Cela signifie la montée en charge des services à la personne, ainsi que la nécessité d'une adaptation de l'habitat à la dépendance en terme d'accessibilité notamment.

Toujours dans le cadre de sa politique de maintien à domicile, le département entend favoriser l'émergence de formules alternatives d'habitat pour personnes âgées permettant éventuellement une évolution progressive du milieu ordinaire vers un établissement adapté. Compte tenu de l'augmentation encore à venir des phénomènes de dépendance chez les personnes âgées, le Département souhaite continuer à accompagner financièrement la réhabilitation d'établissements agréés au titre de l'aide sociale et favorisera leur reconversion en EHPAD au travers d'une aide à l'investissement.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale confirme la compétence du président du conseil général à l'égard des établissements sociaux et médico-sociaux, logements-foyers inclus, puisque les prestations sont susceptibles d'être pris en charge par l'aide sociale départementale. Les logements-foyers qui ont vocation à n'accueillir que des personnes âgées autonomes voire faiblement dépendantes sont devenus depuis 6 à 7 ans confrontés eux-mêmes aux problèmes de dépendance dus au vieillissement général de la population. A l'instar de ce qui est ressorti des conclusions<sup>13</sup> du CAS ( centre d'analyse stratégique ) qui propose une diminution de 26% du nombre total de lits en logement-foyer

---

<sup>11</sup> Schéma gérontologique du département de l'Hérault 2003-2007.

<sup>12</sup> *La dépendance des personnes handicapées et des personnes âgées dans l'Hérault*. Repères pour l'économie du Languedoc-Roussillon-Synthèse N°5- Avril 2003. Editions Insee Languedoc-Roussillon.

<sup>13</sup> Dans actualités sociales hebdomadaires n°2462 du 30 juin 2006, p.14.

de 149000 à 110000 parallèlement à une accentuation nombre de places de lits médicalisés, le département favorise la médicalisation des logements-foyers.

Par ailleurs, la politique globale de maintien à domicile que défend le schéma gérontologique du département pose le problème de l'isolement et de l'insécurité au domicile.

L'évolution démographique de la population qui voit le nombre des plus de 80 ans progresser, fait de l'isolement, de la solitude et de l'insécurité des enjeux importants en terme de prise en charge comme a pu nous le rappeler les terribles conséquences de la canicule de l'été 2003.

Vouloir rester chez soi dans les meilleures conditions de vie possibles, surtout quand la dépendance s'installe, amène les personnes âgées à faire appel à une tierce personne qui sera si possible un membre de la famille. Or, comme l'a soulevé l'Union Européenne l'augmentation du travail des femmes a pour effet de diminuer ces solidarités familiales. Les personnes sont alors obligées de faire appel à un tiers professionnel en relais à la famille. Malgré ces présences successives au domicile, cela ne permet pas faute de temps de rompre la solitude ni l'insécurité. Si les besoins vitaux sont assurés la socialisation peut être réduite voire inexistante. Le confinement à domicile et la pauvreté des relations sociales sont vite facteurs d'exclusion et de souffrance.

C'est pourquoi un certain nombre de personnes choisissent de vivre dans des logements-foyers qui représentent pour ceux-ci un domicile avec autour d'eux la présence d'une collectivité rassurante.

## **1.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE AU LOGEMENT-FOYER LES TOURELLES : UNE MISSION QUI EVOLUE**

### **1.2.1 Historique et caractéristique des Tourelles**

Depuis 2003 j'occupe le poste de directeur du logement-foyer les « Tourelles » résidence non médicalisée pour personnes âgées d'une capacité d'accueil de 83 résidents âgés de 60 ans à 101ans. La moyenne d'âge actuelle est de 81,8 ans. Un tiers des résidents sont des hommes, les 2/3 des femmes. Ce taux variant très peu depuis 5 ans avec une part des hommes qui oscille entre 26 et 31%.

Les tranches d'âges les plus représentées sont celles des (75-80 ans, 80-85 ans, 85-90ans.) Or d'après les données, ce sont les personnes âgées de 79 à 83 ans qui vont connaître les plus grands changements dans leur trajectoire de vie<sup>14</sup> : (perte d'un être cher, apparition de problèmes de santé, apparition de la dépendance, perte de l'autonomie.)

---

<sup>14</sup> Collectif « combattre la solitude des personnes âgées » Enquête isolement et vie relationnelle/Synthèse rapport général/A. C.,Bensadon.

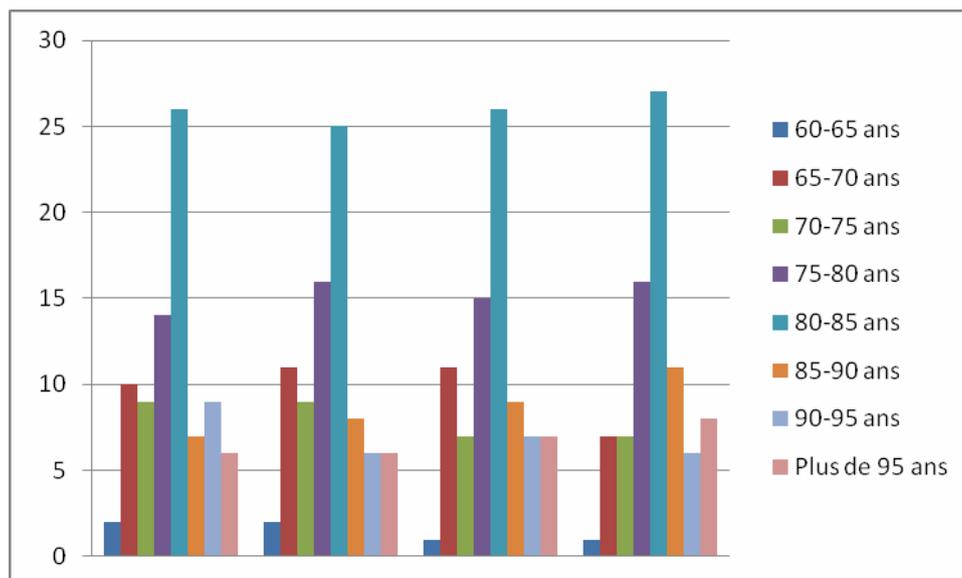


Figure 1:répartition des résidents selon l'âge en janvier 2007.

Actuellement, subsistent dans l'établissement des résidents entrés depuis l'ouverture en 1982. De ce fait, 33,52% des résidents ont une ancienneté comprise entre 11 et 25 ans correspondant à l'année d'ouverture de la structure. Ces personnes sont rentrées jeunes (entre 60 et 70 ans), et ont aujourd'hui entre 80 et 90 ans et plus.

L'établissement a ouvert ses portes en 1982, pour répondre à une nouvelle approche des conditions d'habitat et de vie des personnes âgées, se différenciant de l'accueil en maison de retraite. Il est situé sur une commune en zone rurale de 5800 habitants, à 10kms d'une ville de 15800 habitants, et à une vingtaine de kilomètres d'une grande communauté urbaine.

L'ensemble est situé au cœur du village à proximité des services les plus courants (commerçants, postes, banques).

Comme nous l'avons vu l'établissement relève de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 et de la nouvelle loi sociale n° 2002-2 du 2 janvier 2002. L'établissement a donc été autorisé à fonctionner conformément à la législation du secteur social et médico-social.

Auparavant géré par le CCAS (centre communal d'action sociale) de la commune, l'établissement l'est depuis septembre 2005 par une association privée à but non lucratif dont la mission principale est l'accueil des personnes âgées. Celle-ci possède par ailleurs 14 établissements dans la grande région sud-est de la France, dans le secteur de l'accueil de la personnes âgées. Le bâtiment lui-même appartient à l'Office des HLM.

L'établissement n'est pas conventionné à l'aide sociale (gérée par le département), mais l'est pour l'aide personnalisée au logement (APL), (géré par la CAF)<sup>15</sup>. L'établissement d'une

<sup>15</sup> Caisse d'allocations familiales.

capacité initiale de 63 lits est passé en 1986 à 83 places par adjonction d'une aile sur une partie du terrain sur lequel il était construit donnant à l'ensemble une forme en L sur 5 niveaux (4 étages au-dessus du rez-de-chaussée). Chaque aile est desservie par deux ascenseurs distincts. Ces travaux ont permis à l'établissement de se doter d'une cuisine pour élaborer les repas, sous traités depuis 2001, et de climatiser et d'agrandir la salle de restauration à 180m<sup>2</sup>, en plus de l'espace commun dont un hall d'accueil plus spacieux, un bureau d'accueil mieux placé, et un local pour l'animation plus grand avec des rangements adéquats des matériels utilisés.

Sur les 79 appartements, quatre sont des F2 de 65 m<sup>2</sup> qui permettent d'accueillir des couples, 75 sont des F1 dont la surface moyenne est 31m<sup>2</sup>. Nous avons également 2 chambres d'accueil temporaire soit pour des séjours d'essai ou de transition, soit pour l'accueil de la famille. Leurs utilisations donnent lieu à un contrat de séjour spécifique. Avec un taux d'occupation inférieur à 150 jours par an, je compte d'ores et déjà développer ce mode d'accueil dans le futur projet d'établissement au titre de la diversification des services offerts.

La capacité des Tourelles répond à un ensemble de population avoisinante d'environ 21000 habitants plutôt d'origine rurale. Parmi les critères d'admission, nous considérons en priorité les résidents qui habitent le village eux ou leur famille, puis ceux qui en sont originaires. Ensuite, viennent ceux des communes voisines, puis du département, enfin exceptionnellement, nous accueillons les personnes âgées de l'extérieur. Le taux d'occupation de 97.8% montre que l'établissement répond à la demande locale, sachant que les résidents entrant sont tous autonomes voire faiblement dépendant (GIR 4). Il n'y a pas de section de cure médicale, ni forfait de soins courants, et donc pas de personnel médical, ni paramédical.

L'établissement est le seul dans la commune. Il s'inscrit dans un ensemble géographique où se trouvent d'autres structures d'accueil pour personnes âgées qui comprend un autre logement-foyer de 65 places et une maison de retraite privée de 52 places dans la ville de 15800 habitants située à 10 kms.

### **1.2.2 Un domicile au cadre rassurant : combattre l'isolement et la solitude**

Les logements-foyers représentent une formule intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite. Ceux-ci accueillent des personnes autonomes mais qui ont besoin d'un cadre sécurisant et rassurant. Les retraités vivent dans des logements individuels de type studio ou F2 avec cuisine intégrée, qu'ils aménagent avec leurs meubles. Ce type d'accueil est fondé sur la volonté de favoriser l'autonomie. Son originalité consiste à accueillir des

personnes capables de se gérer elles-mêmes, c'est à dire qui ont conservé leur capacité à décider et à choisir elles-mêmes. Notons que cela exclut par le fait, toute personne atteinte de déficiences intellectuelles.

En effet, la personne âgée rejoignant un logement-foyer recherche avant tout un domicile où elle puisse reproduire en partie son cadre antérieur, avec la capacité de recevoir, de cuisiner après avoir fait ses courses à proximité.

Elle a le statut de locataire et dispose de locaux communs et de services collectifs plus ou moins nombreux( accueil, restaurant, blanchisserie, animation..).

La majeure partie des résidents expriment lors de leur premier entretien, vouloir briser leur solitude, soit après la perte du conjoint, soit après la disparition progressive des liens familiaux. L'institution peut donc apparaître comme un espace au sein duquel une personne peut développer un nouveau réseau relationnel, l'enrichir, contrairement à la vie à domicile où l'enfermement physique et social est parfois très grand<sup>16</sup>.

Si l'on se réfère au rapport de l'enquête « isolement et vie relationnelle » menée par le collectif « combattre la solitude<sup>17</sup> », il apparaît que la proportion de personnes habitant seules est trois fois plus forte qu'en 1962 du fait de la diminution des cohabitations intergénérationnelles. L'isolement résidentiel constitue ainsi le mode de vie le plus courant chez les personnes de plus de 60 ans. L'isolement social s'accroît avec l'avancée en âge, un niveau socio-économique faible et des problèmes de santé ou de handicap. Il faut souligner que le fait de ne pouvoir sortir de chez soi apparaît comme un des mécanismes essentiels favorisant la solitude.

Les autres raisons de la solitude au travers des réponses des personnes âgées interrogées montrent que la perte d'un être cher ( en particulier le conjoint) est le plus souvent citée (37,5%), puis l'éloignement de la famille (30,7%), la maladie et/ou le handicap (27,5%), l'incompréhension et le manque d'écoute (16,9%).

Les changements multiples qui ont affectés la famille tant sur le plan démographique qu'économique et culturel n'ont pas pour autant ôté à la famille son rôle de référence comme lieu de relation entre les générations<sup>18</sup>. Si, les relations familiales diminuent avec l'âge, les enfants gardent une place prépondérante dans celles-ci. Ces relations s'intensifient en cas de dépendance, et constituent plus de la moitié des relations avec la famille, devant celles

---

<sup>16</sup> Dupré-Lévêque D., *Une ethnologue en maison de retraite*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2001.122 p.

<sup>17</sup> Bensadon A.-C. *Rapport général Enquête « isolement et vie relationnelle »*, Le Collectif « combattre la solitude des personnes âgées ». septembre 2006.

<sup>18</sup> Rapport préparatoire à la conférence de la famille 2006 : « La société intergénérationnelle au service de la famille »

avec les frères et sœurs qui en représentent le tiers<sup>19</sup>. Mais l'éloignement familial, l'allongement de la durée du travail prévisible, les problèmes financiers, le vieillissement des enfants rendent les solidarités familiales de plus en plus difficiles à maintenir. C'est pourquoi, travailler avec les familles, dans le but d'accentuer ces relations et de les faire perdurer, fera partie des axes de réflexions du projet des Tourelles.

### 1.2.3 Evolution de la population accueillie: l'apparition de la dépendance

L'accroissement du vieillissement de la population et son corollaire que représente la dépendance se font ressentir au niveau des résidents du logement-foyer les Tourelles. Les changements dans la population accueillie sont de deux ordres :

Premièrement, je constate une élévation de la moyenne d'âge des personnes qui font leur première entrée dans notre établissement. tel que représenté dans le tableau ci-après, où l'on peut noter le glissement de l'âge d'entrée dans la résidence : en 1996, 75.9% des résidents entrants ont entre 60 et 80ans, et aucune entrée de plus de 90ans ; alors qu'en 2006, 75,9% des résidents ont entre 71 et plus de 90 ans.( ils ne représentaient que 56.6% des premières entrées en 1996).

*Tableau de répartition par tranche d'âge des résidents à leur entrée.*

	Année 1996	Année 2006
Moins de 60ans	3	1
60 à 70ans	33	19
71 à 80 ans	30	33
81 à 90 ans	17	26
Plus de 90 ans	0	4
Total des résidents	83 personnes Moyenne d'âge : 72,5 ans	83 personnes Moyenne d'âge : 78,5 ans

Notons dès à présent que la liste d'attente pour entrer dans l'établissement comprend une vingtaine de personnes dont plus de la moitié aux alentours de 80 ans. Aujourd'hui, 77,3%

<sup>19</sup> *La dépendance des personnes handicapées et des personnes âgées dans l'Hérault*. Repères pour l'économie du Languedoc-Roussillon-Synthèse N°5- Avril 2003. Editions Insee Languedoc-Roussillon.

des résidents qui entrent aux Tourelles ont entre 71 et 90 ans. Deuxièmement, j'observe une augmentation des facteurs de dépendances notamment physiques pour les actes de la vie quotidienne. A ce titre, les bénéficiaires de l'APA sont passés de 20% fin 2002 à 34% en 2007.

Concernant la dépendance, celle-ci augmente depuis quelques années. Elle est traduite par une augmentation du GMP (GIR Moyen Pondéré). A partir de la grille AGGIR, le GMP mesure le niveau de perte d'autonomie de l'ensemble de la population accueillie dans l'établissement. Plus le GMP est élevé plus le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies est important.

La réglementation fixe à 300 le niveau de GMP à partir duquel un établissement tel que le logement-foyer des Tourelles, doit obligatoirement signer une convention tripartite EHPAD marquant par ce fait un nombre trop important de résidents dont le degré de dépendance nécessite une prise en charge lourde par un personnel qualifié.

*Degré de dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus.*

	Taux national de répartition en logement-foyer en 1996 <sup>20</sup> .	Taux national de répartition en logement-foyer en juin 2000.	Taux national de répartition en 2005 <sup>21</sup> .	Taux de répartition aux Tourelles en mai 2006.	Répartition en nombre de résidents
<b>GIR 1</b>	1,5%	7,9%	10,1%	1,2%	1
<b>GIR 2</b>	9,5%	13,8%	26,9%	10,84%	9
<b>GIR 3</b>	5%	10,2%	13,3%	16,86%	14
<b>GIR 4</b>	14%	14,60%	6,7%	15,66%	13
<b>GIR 5</b>	10%	13,25%	9,2%	12,05%	10
<b>GIR 6</b>	60%	40,26%	33,8%	43,37%	36
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%	83

<sup>20</sup> Rapport Grunspan juillet 2002, sur la base de l'enquête exhaustive EHPA 1996(calcul après coup de la CNAM).

<sup>21</sup> Charpin J.-M./ Ed. INSEE-références. *Les personnes âgées*. Paris : Insee 2005. 135 p.

Il est intéressant de noter qu'aux Tourelles sur 14 personnes en (GIR3), 9 ont une ancienneté comprise entre 11 et 24 ans. Les 10 personnes en (GIR1 et 2) ont plus de 19 ans d'ancienneté. L'ancienneté aux Tourelles début 2007 est de 11 ans.

Ces résidents qui ont vieilli avec la structure ont beaucoup de difficulté à la quitter pour passer dans une structure médicalisée, notamment du fait de leur attachement à celle-ci et son environnement. Cependant, le passage tel que prévu dans le contrat signé à l'arrivée dans la résidence vers un établissement médicalisé dès lors que l'état de santé ne permet plus une autonomie suffisante, se fait régulièrement et autant que nous le pouvons. Malgré tout nous affichions en septembre 2006 un GMP de 340,7.( Cf. annexe 3). Nous nous situons donc au niveau à partir duquel nous devrions signer une convention tripartite afin de transformer l'établissement en EHPAD.

Les logements-foyers qui n'accueillaient pas ou peu de personnes âgées dépendantes n'étaient pas concernés par la réforme de la tarification des EHPAD puisque considérés comme des substituts du domicile.

La montée du vieillissement et des facteurs de dépendance dans la population qui résident aux Tourelles raccroche le logement-foyer à la réforme de la tarification selon l'orientation que je déciderais de prendre en matière de prise en charge ou non des résidents devenus dépendants.

#### **1.2.4 Les limites actuelles de la tarification**

Le ministère des affaires sociales a opéré depuis la fin des années 1990 la réalisation d'une réforme très importante de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Cette réforme vise essentiellement deux objectifs :

- permettre l'augmentation des moyens des établissements.
- accroître la qualité des prestations.

En 1999, la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées a bouleversé un système de tarification jusque là binaire (soins et hébergement) pour basculer dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002 dans un système ternaire : soins, hébergement et dépendance qui fait depuis l'objet d'une tarification individualisée selon le « girage<sup>22</sup> » de la personne.

La réforme repose sur la mise en œuvre de cinq principes fondamentaux : transparence des coûts et des prises en charge, renforcement des moyens médicaux, solidarité envers les personnes âgées dépendantes grâce à l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA), leur permettant d'acquitter le tarif dépendance non seulement en établissement mais aussi à leur domicile, démarche qualité dans les établissements et mise en œuvre d'un partenariat à

---

<sup>22</sup> Néologisme qui indique la mesure du degré de dépendance des personnes selon la grille AGGIR.

travers les conventions tripartites. En effet, les règles de cette nouvelle tarification s'appuient sur le degré de dépendance des personnes indépendamment du statut juridique de la structure.

La réforme de la tarification implique pour l'établissement à signer par une démarche volontaire de la direction, « une convention tripartite qui définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Elle précise aussi les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation » (article 23 de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la PSD). La signature de cette convention s'établit entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'Etat dans le département. Elle conditionne la mise en œuvre des nouveaux tarifs.

Le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatif aux « modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes », puis le décret n°2001-1086 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, ont modifié en profondeur les modalités de prise en charge des personnes âgées en établissement. S'appliquant également au logement-foyer, la signature d'une convention devenait désormais obligatoire dès lors que le GMP de l'établissement atteint ou franchit le seuil de 300, sinon l'établissement perd le droit d'exercer.

La convention tripartite constitue une autorisation d'accueil des personnes âgées dépendantes, indépendamment des autorisations de création et de fonctionnement.

A cet effet, des dispositions transitoires, section de cure médicale, forfait de soins courants garantissaient le financement de chaque établissement dans l'attente de la signature de sa convention, qui devait intervenir au plus tard le 31 décembre 2003. Cependant, devant les difficultés rencontrées un premier report a repoussé la date au 31 décembre 2006 puis en dernier lieu un second allongement du délai de conventionnement des logements-foyers en EHPAD a été prévu suite au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Désormais l'obligation ou non de signer une convention tripartite devra s'effectuer au plus tard le 31 décembre 2007.

D'un côté les personnes âgées qui ont choisies de vivre en logement-foyer veulent pour une bonne part y rester jusqu'au bout ; de l'autre les politiques publiques qui en matière de réforme des logements-foyers ont retardé leurs décisions sur leur avenir en général, ont généré chez les directeurs de logements-foyers que nous sommes un climat d'incertitude quant aux décisions à prendre en terme d'orientation. Or, confronté au vieillissement de la population des Tourelles, qui non seulement affecte les spécificités originelles de fonctionnement, mais remet en cause les pratiques professionnelles, le devenir du logement-

foyer à proprement parler est sujet à débat. Face à ces incertitudes, il m'a semblé important et nécessaire de mieux connaître les aspirations des résidents et de leur entourage en matière de prise en charge et de la vie quotidienne dans l'établissement.

### **1.3 A LA RENCONTRE DES BESOINS DE LA POPULATION ET DE LEUR FAMILLE : L'ENQUETE DE SATISFACTION.**

#### **1.3.1 Les valeurs et les spécificités du logement-foyer**

Avant tout, les logements-foyers ont une vocation sociale indéniable, notamment par le fait que les constructions réalisées à l'initiative d'un organisme HLM comme les Tourelles bénéficient de conditions de financement favorable qui permettent une redevance modérée qui peut se conjuguer avec l'APL pour minorer celle-ci.

Le logement-foyer les Tourelles répond aux valeurs suivantes :

- valorisation de l'autonomie avec une fonction de socialisation et d'ouverture à la vie sociale. Liberté totale de vie (sortie organisée ou non dans le cadre du service animation, invitation).
- Dynamique de prévention de la perte d'autonomie et coordination des aides et soins. (club de gymnastique douce).
- Offre de logement indépendant et confortable proposant toutes les caractéristiques du domicile, adaptable au vieillissement.
- Sécurisation jour et nuit. Une réponse aux personnes fragilisées grâce à l'appel de sécurité dans les studios, un personnel attentif, et un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne (portage ponctuel des repas en appartement et aide pour manger).
- Ancrage territorial avec le rapprochement familial, et le partenariat avec le club du 3<sup>ème</sup> âge.
- Inscription dans un réseau gérontologique local regroupant des prestataires de services d'aide à domicile et de soins. (intervention de kinés et des infirmiers libéraux, services d'aides à domicile).
- Option des services proposés.
- Réorientation si possible des personnes les plus dépendantes (GIR1, voire GIR2) vers des établissements plus adaptés.

Sous l'effet de l'évolution des besoins des résidents, les valeurs du logement-foyer risquent de varier et d'évoluer elles aussi dans leur expression. Afin d'anticiper au mieux les axes à prioriser pour que nous puissions nous adapter aux

nouvelles demandes des résidents, j'ai proposé en septembre 2006 la tenue d'une enquête de satisfaction auprès des résidents et de leur famille. J'ai présenté mon idée au personnel et aux représentants du conseil de vie sociale (CVS). J'ai voulu qu'un comité de rédaction se constitue, comprenant une secrétaire, deux membres du CVS, et moi-même.

Ce questionnaire est donc aussi le reflet des réflexions et remarques exprimées par les résidents ou leur famille.

Avant son lancement, celui-ci a été présenté deux jours de suite au cours du repas du midi. J'ai informé les résidents que les secrétaires resteraient à leur disposition pour toute explication et aide si besoin.

Les questionnaires ont tous été distribués dans la boîte aux lettres des résidents.

Le délai demandé pour y répondre fixé à deux semaines. Les questionnaires remplis sont rapportés au bureau d'accueil.

### **1.3.2 L'enquête de satisfaction et des besoins : sécurité avant tout, et une vision dérangeante de la dépendance**

#### 1.3.2.1 Enquête de satisfaction des services actuels et évaluation des besoins des résidents.

L'enquête réalisée auprès des résidents a été conçue avec l'implication du Conseil de Vie Sociale (CVS) et a été menée le dernier trimestre 2006. (cf. Liste des items retenus, annexe 4).

- ❖ La première partie concerne l'appréciation par les résidents des services offerts. Elle est divisée en cinq rubriques, les réponses se répartissant en 4 niveaux d'appréciation : très satisfait, satisfait, insatisfait, très insatisfait, avec une colonne supplémentaire pour les remarques.

Les 5 rubriques suivantes ont été abordées :

- Les locaux et la sécurité avec les points suivants :
- L'accueil du personnel au quotidien :
- L'entretien et les prestations.
- Le système d'information dans l'établissement.
- Les animations et les sorties.

- ❖ La deuxième partie du questionnaire portait sur l'expression des souhaits des résidents, toujours autour des 5 rubriques précédentes auxquelles nous avons ajouté une rubrique sur l'évolution des missions du logement-foyer en rapport avec l'augmentation de résidents dépendants.

Les questions posées sont du type ; « seriez-vous favorable à.. » avec deux niveaux de réponses : favorable, défavorable, une ligne supplémentaire permet aux résidents d'inscrire leurs suggestions ou désirs autres.

#### 1.3.2.2 Résultats du questionnaire de satisfaction et d'évaluation des besoins.

Sur 83 questionnaires distribués, 74 ont été exploitables, soit un taux de 89%.

- ❖ 1<sup>ère</sup> partie de l'enquête : Appréciation des services offerts.

##### Locaux et sécurité :

Le confort des appartements globalement satisfaisant 76%.

Cependant, les remarques font ressortir que 35% des résidents se plaignent des robinetteries vieilles et peu commodes, notamment par absence de mitigeur au lavabo et à la douche, qui présenteraient l'avantage d'éviter les risques d'eau trop chaude.

42% réclament des volets roulants électriques.

66,5% des répondants mentionnent que le chauffage dans les couloirs et les parties communes est mal réparti.

Avec l'âge les résidents chauffent d'avantage et réclament un confort de température accru.

La possibilité de personnaliser son lieu de vie, et du cadre de vie : 87,9% de satisfaits ou très satisfaits.

La sécurité est appréciée par 62,5%. Cependant, 32% des résidents mentionnent un manque de personnel les week-ends et les jours fériés.

Le système d'alarme satisfait 61% des résidents, 28% ne le trouve pas performant.

L'accessibilité pose problème au niveau de l'entrée de la résidence : porte lourde, bordure de trottoir non surbaissée. Difficulté à marcher sur les trottoirs qui sont abîmés. 45% de satisfait, 53% d'insatisfait sur le thème de l'accessibilité.

Une amélioration de l'accessibilité est souhaitée tant en places de stationnement qu'en aire de repos dans la partie commune du hall d'entrée (banc, siège confortable pour se reposer ou parler). 68% des remarques

Accueil au quotidien : En moyenne 96,4% des résidents se disent satisfaits ou très satisfaits. Cela comprend toutes les rubriques de ce thème.

#### L'entretien et les prestations :

Le résultat de l'enquête de satisfaction met en évidence l'aspect vieillot et le manque de décoration de l'entrée de l'établissement ainsi que des couloirs.

La propreté des locaux est l'objet de commentaires mitigés notamment à cause de la présence de mégots dans le hall d'entrée et dans certains couloirs du rez-de-chaussée.

La restauration est particulièrement appréciée : 95,8% de satisfait ou très satisfait.

Le service de buanderie : 76% de satisfaction, 22% ne l'utilise pas.

Le service de gardiennage : 68% de satisfait ou très satisfait. 31% d'insatisfait. En fait 76,5% des résidents réclament une présence constante sur place jour et nuit.

#### Le système d'information :

Ne suscite pas de remarques particulières : 87,5% des répondants sont satisfaits ou très satisfaits.

#### L'animation :

Le manque de diversité est noté pour 61,1% des réponses. Seulement 38,9% de satisfait.

La possibilité donnée aux familles de participer requiert 72,7% d'avis favorables.

Dans notre volonté de prévenir et de reculer le plus possible l'arrivée des facteurs de dépendance, le service animation à une place prépondérante. Les résultats sur la satisfaction de celui-ci sont très mitigés surtout par le manque de diversité des activités proposées. Les résidents ont proposé un panel d'idées telles que : cinéma, visites culturelles, piscine, plage, mer, qui signe une volonté des résidents à favoriser les sorties.

Il n'existe pas de projet d'animation structuré. Point faible aux Tourelles que je tiens à résoudre. Ce sera l'opportunité d'un travail transversal dans le cadre de la lutte contre la dépendance.

#### ❖ La deuxième partie de l'enquête : l'expression des souhaits des résidents.

Elle a surtout mis en évidence une demande accrue de personnel et une présence sur place 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, confirmé par le fait que 78% de résidents préféreraient savoir le gardien de nuit présent sur place chaque nuit. Cette disposition requiert plus de suffrage que la mise en place d'une téléalarme par bracelet telle que suggérée. Seule une moitié des résidents dépendants ont répondu favorablement au bracelet (48.8% des GIR 1, 2,3).

Nous voyons très bien par ces réponses, les effets du vieillissement des résidents qui avant d'être dépendants se sentent fragilisés. Leur besoin d'être rassurés par une présence humaine accrue devient prégnant. La perspective d'avoir du personnel médico-social est ressentie favorablement. Elle concilie le caractère autonome des résidents avec la possibilité ponctuellement d'avoir recours à des services d'aides quand cela s'avèreraient nécessaires (retour d'hospitalisation ou maladie passagère).

La création d'une boutique dans la résidence recueille 70% de réponses favorables. Les produits les plus demandés seraient : les produits d'entretien, d'hygiène, alimentaires tels que l'eau, le lait et la papeterie qui représentent des produits lourds à ramener.

Enfin, sur la vision des résidents de leur propre prise en charge au sein du logement-foyer et de son évolution possible, 42% de ceux-ci souhaitent une accentuation des accompagnements lorsque nécessaire dans les gestes de la vie quotidienne.

53% souhaitent pouvoir rester au logement-foyer, mais 38% notent leur réticence à cohabiter avec des personnes fortement dépendantes.

La seule vision d'un fauteuil roulant renvoie à une image de maison de retraite médicalisée qui évoque de façon trop vive un sentiment de perte d'intégrité physique. Mais c'est la présence de personnes désorientées qui rebutent le plus les résidents. Cette image de vieillissement physiologique qui associée à un sentiment d'inutilité sociale souvent présente dans l'esprit des résidents conduit à ce que Thomas L.V appelle « la mort sociale » que représente l'entrée en institution médicalisée<sup>23</sup> ; prélude à une mort biologique.

Comme beaucoup de logements-foyers visant initialement l'accueil des personnes âgées autonomes et valides nous avons su répondre à la demande de cette population pendant plusieurs décennies. Actuellement confronté à la dépendance des résidents qui devient de plus en plus présente et plus grande, j'ai à m'interroger sur la mission du logement-foyer : ne garder ou non que des personnes autonomes, en transférant celles devenues dépendantes vers un établissement médicalisé sans que celles-ci aient leur mot à dire. Contrairement à ce qu'annonce la loi 2002-02, on ne laisse pas le libre choix de vie à nos résidents une fois dépendants. Mais que puis-je leur proposer ?

L'enquête réalisée montre clairement qu'au delà des besoins de vie courante, les résidents sont attachés à leur lieu de vie qu'ils considèrent à juste titre comme leur domicile. La perte de celui-ci avec le cortège de ses objets usuels, associés à l'éloignement géographique de son cadre de vie, est source de souffrance et de stress pour un grand nombre de personnes âgées. La notion de déracinement est alors évoquée.

---

<sup>23</sup> Thomas L.V., *Anthropologie de la mort*. Payot, Paris, 1980.

### **1.3.3 La notion du déracinement : la perte du domicile, une expérience redoutée et source d'angoisse**

Source de souffrance individuelle et familiale, le déracinement peut prendre des formes multiples : migration, déplacement, séparations familiales, adoption...Le déracinement s'analyse à travers les trois dimensions du sujet : individuelle, de groupe et familiale, et culturelle.

Selon Simone Weil<sup>24</sup>, l'enracinement est le besoin le plus important de l'âme humaine. Elle écrit que chaque être humain a besoin d'avoir de multiples racines tirées des milieux dont il fait naturellement partie » Le déracinement est donc la privation de ces milieux, par suite d'évènements souvent indépendants de sa propre volonté et qui « peuvent imposer une influence étrangère au point de provoquer la maladie du déracinement ». De toutes les formes de déracinement, la plus aiguë et la plus mortifère aux yeux de Weil est celle de la condition sociale quand elle détruit la dignité de la personne.

Le déracinement détruit les cadres spatiaux et temporels de l'existence ordinaire auquel s'attache tout individu tel que l'ont décrit Pierre Bourdieu et Abdelmalek Sayad dans « Le déracinement au sujet des paysans algériens extirpés de leur campagne <sup>25</sup> ».

Les références au sol et à la terre sont très symboliques de l'attachement que nous chacun à son milieu de vie. Ceci est d'autant plus fort que la personne est âgée. Elle supportera très difficilement de quitter ce qu'elle considère depuis plusieurs années comme son domicile, de même pour ses meubles dont on sait parfaitement qu'ils ne pourront jamais être intégrés dans une chambre de maison de retraite.

Les pertes de repères seront triples : perte du cadre habituel de vie, perte du domicile et perte des objets usuels qui ont jalonné la vie de la personne.

Cette notion du déracinement est régulièrement évoquée : Bernard Ennuyer, sociologue qui prône que « le vieillir chez soi mérite d'être conservé et développé » et que « limiter les transferts permet d'éviter le déracinement »

De son côté, le CNRPA dans son document « moderniser et développer les logements foyers » qui, au-delà de l'attachement à un domicile autonome exprimé dans l'ensemble de la population de génération en génération, évoque celui au milieu dans lequel ont vécu parfois longtemps les personnes âgées dont la perte représente un risque de déracinement.

---

<sup>24</sup> Weil S., *L'enracinement. Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain*. Ed.Gallimard, Collection « quarto », Paris,1999.

<sup>25</sup> Sayad A., Bourdieu P., *Le déracinement (la crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie)*. Collection Grands documents. Les éditions de minuit, 1964.

La perte du domicile et des points de repères habituels, le transfert vers une autre institution est une expérience redoutée. Elle est source d'angoisse d'autant plus grande que la personne est restée longtemps dans un cadre de vie qui lui plaisait et auquel elle s'est intégrée. Rappelons que celle-ci a déjà subi un premier déracinement en quittant son domicile individuel pour entrer dans son domicile collectif au logement-foyer, même si ce choix est souvent réfléchi et abordé suffisamment longtemps à l'avance, dans une période de relative autonomie de décision, et de moindre dépendance.

Dans mon rôle en tant que directeur, à rechercher et répondre le plus possible au bien-être des personnes que j'accueille, je me dois de prendre en considération ce facteur de déracinement qui n'est surtout pas anodin dans le parcours de vie de chaque résident, ni dans la représentation qu'il s'en fait, ni dans l'émotion qui en découle au regard de l'évolution de son autonomie.

### **Conclusion 1ère partie**

Notre société est caractérisée par un vieillissement démographique de la population en progression. La part de plus en plus importante des personnes âgées se traduit par une accentuation de résidents dépendants au sein des logements-foyers.

Les politiques sociales favorisant le maintien à domicile sont pris de court. Pour faire face à l'augmentation rapide du vieillissement et des phénomènes de dépendances, les textes se multiplient afin de trouver des solutions pour pérenniser les prises en charge.

Les logements-foyers équivalents d'un domicile pour les personnes âgées, sont de moins en moins adaptés à une prise en charge décente des personnes lourdement dépendantes, et montrent ses limites.

La seule solution que nous puissions proposer est leur transfert en maison de retraite médicalisée. Devant cette absence d'alternative, la problématique réside en une diversification de l'offre de service. Quel type d'ajustement pourrais-je proposer aux résidents pour leur garantir une véritable liberté de choix de vie ?

C'est ce que je me propose de développer dans la 2<sup>ème</sup> partie.

## 2<sup>ème</sup> partie

### **2.LES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DU LOGEMENT-FOYER : QUELLE EVOLUTION POSSIBLE POUR S'ADAPTER AUX NOUVEAUX BESOINS ?**

L'entrée en logement-foyer se fait principalement en venant du domicile, sans passer par une hospitalisation. C'est dans ce cas que le taux de participation de la personne à ce choix de vie est le plus réel.

Ce choix se heurte cependant aux problèmes de l'installation progressive de la dépendance de la population accueillie.

Les difficultés sont de trois ordres :

- La prise en charge inadaptée des incapacités liées aux déficiences du fait de l'absence de personnel paramédical salarié au regard du pourcentage de personnes dépendantes.
- Les inadaptations architecturales en terme d'accessibilité et de sécurité dues à l'absence de politique ambitieuse de restructuration.
- La faible médicalisation des logements-foyers, en l'occurrence pour les Tourelles l'absence en interne de personnel paramédical, ne nous permet pas de poser rapidement de diagnostic précis sur les risques de perte d'autonomie et d'avoir ainsi une action structurée pour limiter encore davantage les déficiences.

Par contre, ces difficultés sont pondérées grâce à l'appel systématique aux professionnels libéraux, médicaux et paramédicaux, mais qui se fait sans la réelle coordination que l'on peut retrouver dans les autres établissements pour personnes dépendantes, et qui peuvent assurer la cohérence et la cohésion de la prise en charge préventive du handicap.

Ces constatations, ajoutées aux souhaits et aux remarques émises dans l'enquête interne par les résidents et leur famille m'amènent à m'interroger en tant que directeur sur les missions et sur les orientations à prendre pour le logement-foyer.

Les logements-foyers, tous confrontés à ces problèmes sont dans l'attente de solutions qui tiennent compte de la réalité des besoins actuels et à venir.

Les pouvoirs publics ont diligentés plusieurs enquêtes relayées par les associations de personnes âgées, dont les rapports émettent un certain nombre de propositions qui statueront sur la place, le fonctionnement et l'organisation future des logements-foyers dans la chaîne de prise en charge des personnes âgées.

## **2.1 UNE SUITE DE RAPPORTS SUR L'AVENIR DES LOGEMENTS FOYERS : DES OPPORTUNITES REGLEMENTAIRES.**

La loi du 2 janvier 2002 place l'utilisateur au cœur des décisions sur les modalités de sa prise en charge. Je commencerai donc par évoquer les souhaits et les préoccupations émises par les personnes âgées elles-mêmes au travers du groupe de réflexion du CNRPA (Comité national des retraités et des personnes âgées) dans son rapport de mars 2005 : « moderniser et développer les logements-foyers : une réponse à des besoins ».

### **2.1.1 Les propositions du CNRPA : le point de vue des retraités et personnes âgées**

Ce rapport intervient 2 ans et demi après le rapport Grunspan sur les logements-foyers, dont je parlerai ensuite. Celui-ci n'ayant pas donné lieu à des décisions de la part des politiques publiques et face à l'échéance approchante de fin 2006 pour la signature ou non de convention tripartite<sup>26</sup>, le CNRPA a voulu apporter sa contribution légitime sur l'avenir de ce mode de maintien à domicile.

Tout d'abord le rapport insiste sur le fait que, devant la diversité des attentes des seniors, quelque soit le niveau d'autonomie, chacun doit avoir le libre choix de son lieu et de son mode de vie. La ségrégation qui conduit à la marginalisation et à l'exclusion apparaît inacceptable.

Parmi les constatations émises dans cette étude je retiens :

- Le souhait fortement ancré de rester « chez soi ».
- La qualité de l'habitat joue un rôle important pour préserver son autonomie et garantir le maintien à domicile.
- Le maintien à domicile autonome n'est pas toujours la solution adaptée, et le souhait de rester chez soi doit être nuancé : le sentiment d'insécurité, la peur de la chute ou du malaise, l'angoisse de la solitude augmentant avec l'âge, un logement trop vaste ou peu confortable motivent ces personnes à rechercher un autre mode de logement.

---

<sup>26</sup> Cf. p.21 ; échéance repoussée depuis, au 31 décembre 2007.

- L'attractivité des logements-foyers tient au fait que n'y sont accueillies que des personnes âgées valides qui même fragilisées sont capables de vivre de manière autonome. Ils représentent un véritable logement individuel tout en répondant au besoin de sécurité et de socialisation, de lutte contre l'isolement.
- Beaucoup de ces établissements sont vétustes, et non adaptés aux normes d'accessibilité et de sécurité qu'exigent l'accueil de personnes dépendantes.
- Intégration insuffisante de prestations médico-sociales et d'aides à la vie quotidienne.
- L'image négative de la dépendance est perçue par la plupart des personnes âgées valides, et provoque chez elles le rejet d'un départ en établissement médicalisé. La majorité d'entre-elles sont donc opposées à l'abaissement du seuil d'autonomie à l'entrée.
- A l'inverse, leur attitude est différente à l'égard de ceux dont les capacités diminuent en cours de séjour. En effet, leur présence leur apporte l'assurance de leur non transfert en un autre lieu de vie si cela devait leur arriver.
- Il apparaît que l'alternative à l'échéance 2006 d'une transformation EHPAD par convention tripartite, ou le maintien en l'état de l'établissement ne répond pas aux attentes d'un grand nombre de résidents qui n'ont pas fait le choix de ce mode de vie.
- Enfin, le comité pose la question de savoir si, je cite : « le passage en EHPAD, dans la procédure actuelle qui fait signer le gestionnaire et les autorités tarifcatrices, n'est pas illégale en s'imposant aux résidents qui, eux n'ont rien signé individuellement. N'y a-t-il pas abus de pouvoir ? »

Les avantages des logements-foyers sont abordés, mais aussi leurs inconvénients, avec comme question finale : faut-il intégrer la fin de vie ? Il n'y a pas de refus de principe, à priori, où comme à domicile une hospitalisation, et une équipe mobile de soins palliatifs ou non peut être envisagée.

A la lumière de ces constatations, un ensemble de propositions sont suggérées par le CNRPA :

L'admission en logement-foyer ne doit concerner que des personnes âgées valides.

Les logements-foyers doivent être intégrés dans les politiques de prévention de la perte d'autonomie et de maintien à domicile. Derrière les contraintes économiques, le rapport préconise de mettre en pratique une approche prospective et globale des besoins pour trouver les solutions efficaces à prolonger la vie autonome. Pour cela, il faut les doter de personnels qualifiés, et favoriser le travail en réseau.

Le CNRPA pense que la pression actuelle de la transformation des logements-foyers en EHPAD est une erreur dans la mesure où cela supprimerait des places d'accueil en résidences services alors que les besoins en la matière sont croissants, et où le logement-foyer y perdrait son attractivité.

Nécessité de subventionner la rénovation pour adapter et moderniser ces établissements en terme d'équipements, d'accessibilité et de sécurité au regard de la présence de plus en plus forte de personnes lourdement dépendantes. Ceci pour permettre de conserver une accessibilité sociale de ce type d'habitat.

Dans sa redéfinition du logement foyer, le CNRPA veut bannir la culture hospitalière des logement-foyer au profit d'une logique d'habitat de service pour « prendre soin des résidents » : permettre le libre accès aux soins tout en assurant un accompagnement pour la prévention de la perte d'autonomie par l'organisation de prestations médico-sociales voire un suivi post- hospitalisation quand nécessaire.

Nous retrouvons dans ce rapport des préoccupations formulées dans l'enquête interne menée aux Tourelles notamment en terme d'accessibilité, de modernisation et de présence humaine accrue avec d'avantage de personnel médico-social dans le but de pouvoir rester au logement-foyer malgré un degré de dépendance parfois élevé.

Comme je l'annonçais plus haut, un premier rapport sur les logements-foyers précédait l'enquête du CNRPA. Celui-ci, le rapport Grunspan, abordait plus particulièrement l'état du patrimoine immobilier de ceux-ci, et les conditions de son adaptation.

### **2.1.2 Le rapport Grunspan de juillet 2002 : des propositions d'évolution adaptée à la réalité de la population accueillie**

L'avenir des logements-foyers s'est vu remis en cause par la réforme de la tarification. En juillet 2001, la mission confiée au Conseil Général des Ponts et Chaussées par la Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction (DGUHC) et de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), est apparue d'une certaine façon comme l'approche du prolongement de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Après les soins et la dépendance, il s'est agi cette fois « d'évaluer l'adaptation du patrimoine des logements-foyers pour personnes âgées à l'évolution de la population hébergée, de fixer des exigences en matière de sécurité et d'accessibilité et de déterminer des modes de financement possibles pour permettre la mise à niveau de ce patrimoine »<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Grunspan J.P., *les logements-foyers pour personnes âgées*. Conseil général des Ponts et Chaussées ; les rapports, juillet 2002.

La Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction (DGUHC) du Ministère de l'équipement a, en liaison avec la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, dans son champ de compétence la politique vis à vis des logements-foyers accueillant des personnes âgées (155 000 places en 1996). En ce sens, elle est garante de l'adaptation de ces structures aux besoins de la population et aux évolutions de la société.

Comme nous l'avons vu l'allongement de la durée de vie, la politique en faveur du maintien à domicile, puis la réforme de la tarification des EHPAD interpellent les professionnels et les acteurs institutionnels.

Les questions posées que l'on retrouve dans ce rapport ont essentiellement portées sur :

► L'avenir de la formule du logement-foyer confrontée à un niveau moyen de dépendance qui ne cesse d'augmenter.

► L'adaptation du parc actuel aux normes exigeantes de sécurité et d'accessibilité liées à cette évolution sans nuire à la qualité d'usage.

► Le financement des travaux d'adaptation sans risquer de désolvabiliser les résident.

Ce groupe de travail s'est donc efforcé d'éclairer ces questions.

Il note tout d'abord que malgré la diversité des établissements et la multiplicité de leur définitions résultant de la coexistence de trois cultures administratives (logement, social et médico-social, santé), il existe bien un lot de valeurs communes que l'on retrouve de la même façon dans l'établissement que je dirige.<sup>28</sup>

Le rapport Grunspan répond clairement par l'affirmative en l'avenir des logements-foyers. Dans l'optique de les pérenniser et de leurs permettre d'évoluer, le rapport énonce un certain nombre de principes :

L'importance de la maîtrise des dépenses sur le bâti, afin de limiter la hausse de la redevance dans le souci de conserver la solvabilité des résidents, et donc de financer les travaux sans compromettre celle-ci. Cet aspect se rapporte à l'épineux problème de la mise aux normes de sécurité-incendie : depuis l'arrêté du 19 novembre 2001 entré en vigueur le 7 avril 2002, tous les logements-foyers pour personnes âgées relèvent de la catégorie des établissements recevant du public (ERP), et sont passés sous le règlement de type J plus contraignant.

La progressivité dans les aménagements pour maîtriser la charge budgétaire.

L'appui sur les partenaires locaux au niveau du département pour conforter un rôle de réflexion stratégique et de programmation articulé avec le schéma gérontologique.

---

<sup>28</sup> Cf. 1<sup>ère</sup> partie, page 22

La transparence dans les relations propriétaires- gestionnaires.

La mise en œuvre d'une démarche partenariale et de cofinancement entre l'Etat et les autres bailleurs toujours dans le but de limiter l'impact des travaux ou autres opérations d'adaptation sur les redevances loyers et les charges.

Enfin, l'assouplissement de la réforme de la tarification en proposant une solution mixte de conventionnement partiel consistant à admettre un double mode de vie et un double régime de tarification avec au sein de la même structure l'APA « domicile » et L'APA « établissement » et révisable annuellement.

Ce rapport rappelle que les logements-foyers qui vont se trouver confrontés à une obligation de travaux de mise en sécurité, d'accessibilité, de restructuration des logements et des parties communes, n'auront qu'une offre limitée en matière de financement.

Le rapport Grunspan a permis d'éclairer le paysage du logement-foyer sous l'aspect du bâtiment, de sa structure architecturale, à la lumière des adaptations à venir liées à l'évolution des besoins des résidents.

N'ayant reposé que sur l'étude de 6 projets seulement d'adaptations d'établissement, ce rapport loin d'être exhaustif proposait que des diagnostics départementaux puissent être élaborés, avec des partenariats resserrés entre service de l'Etat (DDASS ), conseil général et l'ensemble des acteurs concernés par l'avenir des logements-foyers, afin de mieux appréhender la réalité de ceux-ci à l'échelle du pays.

Une nouvelle enquête, de couverture nationale sera coordonnée par la DGAS et la DGHUC.

### **2.1.3 L'enquête sur l'état des lieux « population-bâti » dans les logements-foyers pour personnes âgées**

2.1.3.1Etat des lieux « population-bâti »: une problématique générale des logements-foyers

Cette enquête publiée en juin 2005 s'est inscrite dans des objectifs opérationnels visant « à un meilleur accompagnement public de l'évolution des logements-foyers pour personnes âgées » qui étaient de deux ordres :

- De dresser dans chaque département un « état des lieux » de la situation des logements-foyers pour lancer une dynamique partenariale et contribuer à court ou moyen terme à la détermination de priorités de traitement de ces établissements, intégrés dans le schéma gérontologique.

- De contribuer, à partir des synthèses départementales, à une meilleure vision nationale des logements-foyers.

Au-delà des points forts et des points faibles que cette enquête a permis de lister, et dont les éléments apparaissent de manière récurrente d'un rapport à l'autre, je m'attacherai ici à la synthèse des principales pistes de réflexion dont l'étude me semble plus pertinente pour alimenter par la suite, celle plus spécifique sur l'évolution des Tourelles.

En premier lieu, avec la question de la pertinence ou non du logement-foyer classique, le rapport décline une série de remarques sur leur place et leur évolution possible, dont :

► Le logement-foyer constitue une réponse complémentaire à la maison de retraite.

► Un principe pertinent qui doit pouvoir évoluer compte tenu de la montée de la dépendance, comme une transition entre domicile et structure médicalisée assortie d'une politique facilitant leur adaptation à cette vocation transitoire : trois possibilités envisagées dont celle de la création par extension d'une unité EHPAD.

► La superposition possible de deux types de réglementations, système plus complexe avec deux types de facturation en cas de signature d'une convention tripartite : tarification EHPAD et redevance.

► Pour une majorité de départements, le passage d'un logement-foyer à une maison de retraite est mal vécu pour les personnes concernées (changement du cadre de vie) et par leurs familles. La stratégie, visant à diminuer les déracinements des personnes âgées dépendantes doit être poursuivie.

En dernier lieu, le rapport donne deux grandes pistes de réflexion pour favoriser l'adaptation des logements-foyers à l'évolution des besoins des résidents devenus dépendants :

1. Mieux intégrer le projet d'établissement, le projet de vie et le bassin de vie :

Cela implique de formaliser un projet spécifique à ce type d'hébergement.

Une prise en compte du logement-foyer dans le dispositif gérontologique existant sur le territoire.

L'insertion de l'offre logement-foyer dans le schéma gérontologique. Dans ce cadre, la poursuite d'une réflexion sur leur devenir devant s'effectuer en réalisant des programmations pluriannuelles prévoyant des co-financements de travaux intégrant les différents aspects de l'évolution de ceux-ci.

2. Une programmation des travaux à réaliser lors de la restructuration ou la rénovation du logement-foyer :

Stratégie qui permet d'étaler les travaux dans le temps, de prévoir les crédits de financement et de nouveaux partenaires financiers dans un cadre de co-financements.

La participation active de tous les acteurs concernés par ce type d'établissement, c'est à dire les institutionnels, les gestionnaires, les financeurs, les bailleurs sociaux, et les résidents.

L'ensemble des trois rapports d'enquête menés successivement entre juillet 2001 et juin 2005 dresse des états des lieux qui se complètent. La question de l'utilité des logements-foyers n'est pas remise en cause. De nombreuses pistes explorées dans ces rapports se recourent sur les thèmes de la prise en charge de la dépendance et la place de la personne âgée dépendante, sur la plus grande insertion des logements-foyers dans le maillage gérontologique, sur l'aspect architectural et le poids des travaux face aux normes de sécurité-incendie et de l'accessibilité. L'incertitude demeure quant à la médicalisation ou non des établissements, sur la possibilité ou non de garder les résidents devenus dépendants et dans quelle proportion ?

Les directeurs de logements-foyers, nous sommes confrontés au vieillissement des résidents et à son corollaire, la dépendance. L'échéance de fin 2006 pour signer ou non une convention tripartite a finalement été repoussé d'un an en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Deux textes de loi vont finalement venir clarifier le débat sur le devenir des logements-foyers :

#### 2.1.3.2 Le PLFSS 2006 : quelques réponses à l'évolution des logements-foyers.

Suite à cette enquête, le PLFSS (le projet de loi de financement de la sécurité sociale) pour 2006 voté par le sénat au dernier trimestre 2005 comportait un certain nombre de mesures visant à assouplir le cadre réglementaire des logements foyers dont on peut retenir :

- 1) un allongement du délai de conventionnement obligatoire d'un an pour tous les logements foyers avec une section de cure médicale, et un GMP supérieur à 300 au 31 décembre 2005, reporté au 31 décembre 2007.

2) Les logements foyers avec un forfait de soins courants prorogé sans limite de temps au-delà du 31 décembre 2007, quelque soit le GMP (sauf si section de cure médicale).

3) Les personnes âgées accueillies en logement foyer qui désire rester EHPA pourront bénéficier de l'APA à domicile.

4) normes de sécurité seront celles de type J, c'est à dire celles des établissements recevant du public mais avec un assouplissement des normes qui sera envisagé.

5) Les logement-foyers pourront bénéficier des financements ouverts par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), concernant l'aide à l'investissement dans le cadre de la réhabilitation et de la remise aux normes techniques et de sécurité des locaux. (Une enveloppe totale de 350 millions d'euros pour tout établissement hébergeant des personnes âgées).

6) Le conventionnement partiel est autorisé puisque le passage en EHPAD pourra être réalisé sur une partie seulement de la capacité du logement foyer. Possibilité restant soumise à des conditions architecturales qui seront définies ultérieurement par décret.

Ces mesures ont permis dans un premier temps d'orienter les réflexions sur l'évolution du logement-foyer. Restait en suspend le niveau de dépendance qui serait accepté par le ministère des affaires sociales et les modalités de dérogation au conventionnement tripartite. Celles-ci seront énoncées par le décret du 9 mai 2007.

#### 2.1.3.3 Le décret du 9 mai 2007 : les modalités de dérogation au conventionnement tripartite.<sup>29</sup>

- Les logements-foyers dont le nombre de résidents classés en GIR 1 et 2 ne dépasse pas 10% de la capacité de l'établissement sont autorisés à déroger à l'obligation de passer une convention tripartite.

- Les établissements peuvent aussi opter pour un conventionnement partiel portant uniquement sur la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement des résidents classés en GIR 1 à 4, à condition toutefois qu'ils soient installés dans un bâtiment distinct, dans un corps de bâtiment de l'immeuble ou dans des locaux constitués en unités de vie autonomes.

---

<sup>29</sup> Décret n°2007-793 du 9 mai 2007 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des établissements au 1bis de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.

- Au-delà de la capacité d'accueil de GIR 1 à 4 correspondant à la convention, il sera impossible d'en accueillir d'autres.
- Chaque année la liste des personnes âgées classées en GIR 1 à 4 sera adressée à la caisse pivot.
- Les logements-foyers ont maintenant l'obligation de préciser les modalités de tarification pour lesquelles ils ont opté par lettre avec accusé de réception, adressé au plus tard le 12 novembre 2007 au préfet et au président du conseil général du département.
- L'option prise prendra effet au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

A la date de parution de ce décret, j'ai six mois pour positionner définitivement les Tourelles vis à vis des autorités. Le choix de l'orientation du logement-foyer se fera en accord avec le conseil d'administration de l'association et de son président, et après un ensemble de consultations à tous les niveaux.

J'ai évoqué la place de l'utilisateur au centre des décisions. Avant d'élaborer tout schéma de propositions pour l'évolution du logement-foyer, je vais m'attarder à positionner les Tourelles dans l'offre de prestations locales au regard des besoins des résidents.

## **2.2 L'ETAT DES LIEUX DU LOGEMENT FOYER : POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A LA PERSONNE AGEES.**

Comme le souligne à plusieurs reprises les différents rapports, le logement-foyer conserve toute son utilité dans la chaîne de prise en charge des personnes âgées. Il s'insère dans la politique générale de l'offre de logement dont la pénurie est réelle pour des coûts abordables. La pertinence de mieux le positionner dans le paysage local s'avère d'autant plus important que l'augmentation du nombre des personnes dépendantes hébergées s'accroît, rendant cette structure de plus en plus inadaptée à conserver les personnes devenues très dépendantes. Ce mode d'hébergement est à raccrocher au dispositif de maintien à domicile.

Le premier point que j'aborderai ici sera l'ensemble des offres de service et d'accompagnement à la disposition des personnes âgées dépendantes dans l'environnement.

Le deuxième point, s'attachera aux Tourelles proprement dit, au regard de ses locaux et son emplacement.

Le troisième point traitera du personnel, et enfin de la situation financière de l'établissement.

### **2.2.1 L'offre de service : quel choix pour les personnes âgées dépendantes dans le secteur ?**

Le décret du 9 mai 2007 me permet de garder 10% maximum des résidents dépendants à GIR 1 et 2. Le nombre de ceux-ci représente 12% des personnes hébergées aux Tourelles. Notons quand même que, parmi les 14 personnes en GIR 3, l'occurrence d'un passage en GIR 2 reste forte pour 5 ou 6 personnes. En application du décret, seules deux d'entre-elles seraient dans l'obligation de quitter l'établissement pour une autre structure médicalisée afin de maintenir l'établissement au ratio de dépendance admis.

Au-delà des aménagements que permet ce décret, il est important que je m'attarde sur les modes de prises en charge disponibles pour les personnes âgées dépendantes dans le secteur géographique des Tourelles.

- Les établissements pour personnes âgées :

Il n'existe pas de maison de retraite médicalisée sur la commune.

La plus proche se situe à 10 kms. Cette maison de retraite a une capacité de 52 lits parfois avec des chambres à deux lits. Elle accueille beaucoup de personnes désorientées. Elle a une liste d'attente de plus de 1 an. Je n'ai pu établir de vraies relations avec les dirigeants, et n'ai donc pas noué de partenariat particulier avec celle-ci. Leur politique de recrutement est orientée à partir d'un autre secteur géographique et en relation avec d'autres structures. Par ailleurs, il existe un logement-foyer de 60 places qui n'accueille que des personnes valides et ne garde strictement que celles jusqu'à GIR 4.

Pour trouver des établissements médicalisés, il faut se tourner vers la grande agglomération située à une vingtaine de kilomètres où le nombre d'établissements est certes important mais en nombre encore insuffisant. En moyenne, le délai d'attente pour qu'un résident trouve une place est de 10 à 18 mois, certains mettent plus à trouver une place.

En général, la recherche d'un établissement se fait en collaboration avec la famille. Je tiens à préciser que je n'accueille que des gens valides ou avec un GIR 4 modéré bénéficiant déjà d'aides à domicile.

A la remise du dossier de pré-admission, je précise bien qu'à un degré de dépendance trop élevé, la personne devra chercher un autre mode de prise en charge dans un EHPAD.

- Les services de soins:

Il n'y a pas de SSIAD sur la commune, ni sur celles avoisinantes.

Le recours à des intervenants extérieurs, médicaux et paramédicaux est courant.

Nous travaillons avec le réseau des infirmiers libéraux qui apportent de manière ponctuelle ou régulière, les soins d'hygiène, la distribution des médicaments ou soins. Ils constituent, de la même façon qu'à un domicile particulier, une prise en charge à domicile de la personne âgée. Sur les Tourelles, 31% des résidents bénéficient de leurs interventions..

Par ailleurs, 38% sur les 44% des résidents éligibles à l'octroi de cette aide bénéficient de l'APA domicile.

- Les services d'aides à domicile :

Il existe 4 organismes différents qui interviennent auprès des résidents de l'établissement.

38 % font appel à leur service de façon régulière ou ponctuelle.

- Pour les personnes âgées gravement désorientées ou atteintes psychiquement, le CANTOU représente une structure plus particulièrement adaptée à ce type d'affection. Mais la plupart étant adossé à une maison de retraite, les places sont occupées par les résidents de ces maisons de retraite et laisse un choix restreint de disponibilités pour les personnes âgées venant d'ailleurs.

- Une dernière modalité de prise en charge existe méritant d'être mentionné et qui n'a eu lieu qu'une seule fois depuis mon arrivée : un retour au domicile des enfants qui avaient aménagé le garage attenant à leur maison, en studio de plain-pied. Ici, cet exemple témoigne d'une solidarité familiale très forte. Elle nécessite l'intervention à domicile d'une infirmière. Les aides, autres étaient assumées par la famille.

## **2.2.2 L'état des lieux du logement-foyer : les limites architecturales.**

Depuis la fin de construction des Tourelles en 1986, des travaux ont eu lieu.

Les cuisines ont tout d'abord été modernisé et réaménagé pour se mettre en conformité avec les normes HACCP ( Hazard Analysis Critical Control Point) en 1999. Puis l'année suivante, la salle de restauration a été l'objet de rénovation importante. L'idée a été d'une part d'améliorer l'acoustique, et d'autre part de pouvoir diviser cette salle selon les besoins. Le plafond a donc été insonorisé et donne un confort auditif aux résidents lors des repas.

Des parois amovibles suspendues permettent de la partager en quatre configurations différentes. Ainsi, nous donnons la possibilité aux résidents de fêter un évènement familial

en toute intimité ; à l'opposé, en pleine capacité celle-ci laisse la place aux réceptions ou fêtes particulières organisées au logement-foyer. Les offices cultuels se pratiquent également dans cette salle.

Hormis ces travaux, le bâtiment n'a pas fait l'objet de rénovations ou d'autres aménagements.

#### 2.2.2.1 Situation du logement-foyer : un emplacement attractif pour les personnes âgées.

Les Tourelles sont situées en bordure d'un petit parc, à proximité immédiate du centre-ville, des commerçants usuels, poste et centre médical, dans une rue calme, aux abords ombragés.

Le club du 3<sup>ème</sup> âge est installé dans une rue adjacente, desservie par une ligne de bus.

Les studios sont spacieux et bien entretenus. Ceux-ci sont nettoyés, et repeints tout ou partie après chaque départ, avant l'accueil d'un nouveau résident.

Les couloirs qui y mènent sont larges. Les ascenseurs suffisamment dimensionnés pour transporter une personne allongée.

Cependant, la vétusté des locaux péjore l'image générale de l'établissement. Lors de l'enquête de satisfaction, les résidents ont mentionné également des problèmes d'accessibilité à plusieurs niveaux, ainsi que des problèmes de confort qui surgissent à l'occasion de leur diminution de capacités physiques dues à leur vieillissement.

Certains aspects au niveau du confort même des appartements, sont relevés comme la pose de volets roulants électriques en remplacement de ceux actuels mécaniques, difficiles à ouvrir, ou l'automatisation pour l'ouverture des portes d'entrée de l'établissement.

Un rajeunissement général de l'établissement s'avère nécessaire tant au niveau de l'accueil que des parties communes. Le vieillissement général des résidents ne doit pas s'accompagner de celui de la structure. Au contraire celle-ci doit afficher en quelque sorte une bonne santé. Le cadre de vie doit être agréable et engageant. Cet aspect relève davantage d'un rafraîchissement des peintures tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Dans notre mission de prévention des facteurs de dépendance des personnes âgées, l'envie de vivre est souvent lié au bien-être ressenti dans l'endroit où l'on vit.

L'architecture générale et l'aménagement intérieur y procède. Elles font partie de la stratégie d'évolution du logement-foyer au défi que représente la survenue de plus en plus fréquente de la dépendance dans les modalités de prise en charge. L'adaptation du bâti à la

montée de la dépendance des personnes représentent un enjeu à la fois social et symbolique.

Le risque encouru est de voir les plus âgés ne plus pouvoir accéder financièrement aux logements-foyers, ou être contraints de les quitter pour des solutions de fortune moins onéreuses mais de prestations moindres sous l'effet des hausses de redevance.

#### 2.2.2.2 Les exigences légales de sécurité : deux réglementations qui s'opposent

Les logements-foyers relèvent historiquement de la réglementation « habitation » telle qu'énoncée dans la circulaire du 13 décembre 1982 relative à la sécurité des personnes, soit de type N, 5<sup>ème</sup> catégorie. Lorsque les locaux collectifs sont supérieurs à 50 m<sup>2</sup> au total, ils relèvent de la réglementation des (ERP), établissement recevant du public.

La présence de personnes âgées dépendantes font basculer la réglementation de l'établissement en type J. Dès lors que le GMP des résidents est au-delà de 300, ce critère a mis depuis peu la résidence sous le coup d'un avis défavorable de la commission de sécurité en date du 13 octobre 2006.

J'ai demandé une expertise technique du bâtiment par une entreprise agréée :

- D'une part, pour établir un état du bâti, avec les prestations dont il fait l'objet. Les points suivants ont alors été relevés :
  - ✓ Il n'existe pas de détection incendie (alarme de type trois insuffisante).
  - ✓ Absence de porte coupe-feu au niveau de l'entrée des appartements.
  - ✓ Absence de désenfumage dans les circulations et les escaliers.
- D'autre part, pour recenser les contrats de maintenance des installations techniques.(ascenseurs, ventilation, extincteurs).

La commission de sécurité est en attente d'un dossier d'amélioration de la sécurité avec l'aide d'un organisme agréé qui devra prendre en compte la protection des logements, la détection précoce des incendies, la protection des escaliers, la formation du personnel. Pour avoir une vision claire du montant des travaux, j'ai demandé une série de devis pour en mesurer rapidement l'importance.

## 2.2.3 Les ressources humaines et financières des Tourelles

2.2.3.1 Un personnel en demande de formation face à la montée de la dépendance.

Le travail et l'implication de l'équipe sont les fondements nécessaires d'une structure médico-sociale pour atteindre ses objectifs et faire vivre le projet d'établissement. L'équipe du logement-foyer est essentiellement composée de personnes habitant la commune ou celles avoisinantes.

Effectif	Equivalent temps plein
1 directeur	1 ETP
2 comptables	0,40 ETP
2 secrétaires à 0,50	1 ETP
2 agents de services logistiques à 0,75 et 0,50	1,25 ETP
1 agent de services logistiques	0,70 ETP
3 CAE à 87 heures / mois pour gardes de jour et de nuit	1,70 ETP
2 agents de restauration	2 ETP
2 agents d'entretien à 0,6 et à 0,4	1 ETP
1 animatrice	0,5 ETP
total de 15 salariés qui représentent	9,55 ETP

Le taux d'encadrement est de 0,1150 se situe en dessous de la moyenne qui est de 0,22.

La moyenne d'âge des salariés est de 37,9 ans.

La convention collective appliquée est celle de 1951. L'établissement est affilié à la FEHAP<sup>30</sup>.

Les résidents et leurs familles sont satisfaits de l'attitude et de l'accueil du personnel ainsi que des prestations au sein de la résidence.

Malgré les aides extérieures auxquelles ont droit et qu'utilisent les personnes dépendantes, il n'en reste pas moins que les référents privilégiés de celles-ci restent le personnel du logement-foyer. Des relations de confiance se nouent avec le temps. Le

<sup>30</sup> Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés.

personnel représente des ressources habituelles sur lesquelles ils peuvent compter rapidement et sûrement. L'implication du personnel quel qu'il soit est palpable auprès des résidents. L'enquête de satisfaction corrobore cela.

Cependant, la montée de la dépendance a deux conséquences selon la gravité de celle-ci. A un niveau de dépendance qui ne nécessite que des gestes simples d'accompagnements ou de surveillance le personnel aide facilement la personne âgée.

Mais les limites sont vite atteintes. Quand les problèmes causés par la dépendance deviennent importants par l'accumulation des incapacités notamment qui augmente avec l'âge<sup>31</sup>, le personnel se trouve confronté à des prises en charge dont les modalités et la technicité leur échappent faute de connaissances et de formations adéquates.

Cela fait naître un double sentiment de frustration par la peur de mal faire d'une part, et vis à vis de la personne âgée qu'elle ne peut aidée de manière satisfaisante d'autre part. Ceci provoque une réaction émotionnelle forte de ce qui constitue un aveu de faiblesse face à un processus de dégradation, principalement pour ceux qui ont connu ces résidents en bonne santé. Le personnel est globalement demandeur de formation. La perspective d'une médicalisation de l'établissement représenterait pour certains l'occasion d'évoluer vers une qualification supérieure.

### 2.2.3.2 L'aspect financier et budgétaire

Le bâtiment appartient à un bailleur social HLM avec lequel j'entretiens des relations de travail normales. Les discussions sur l'adaptation des locaux ont déjà eu lieu en préambule de différentes éventualités ; en rapport avec les mises en conformités sécurité-incendie notamment.

La résidence des Tourelles étant non habilitée à l'aide sociale, mais conventionnée au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), propriétaire et gestionnaire ont signé avec l'Etat une convention par laquelle a été déterminé le montant de la redevance maximale (loyer+ charges) applicable aux résidents par le gestionnaire selon les différents types de logement. Actuellement, le montant moyen des loyers pour un F1 est de 768 euros, et pour un F2, de 925 euros.

Le revenu moyen des résidents est de : 1182 euros par mois. Le fait que 43% des résidents ont un revenu inférieur à 1100 euros souligne la vocation sociale du logement-foyer. Le montant moyen de leur APL représente 25 à 30 % du loyer.

Le taux d'occupation est de 97,8% sur l'année 2006 soit 8 jours de non occupation.

---

<sup>31</sup>Charpin J.-M./ Ed. INSEE-références. *Les personnes âgées*. Paris : Insee 2005. 135 p.

Le rythme des sorties est de moins de une par mois. L'année dernière 10 départs ont été enregistré : 7 décès, 2 départs en maison de retraite, 1 personne âgée de 69 ans qui a vu sa situation financière s'améliorer, est repartie dans sa ville d'origine.

Le budget est positif depuis deux ans maintenant. La marge de manœuvre n'est pas grande cependant. D'autant qu'il va falloir absorber des travaux obligatoires assez coûteux dont la répercussion totale sur le loyer des résidents risque, non seulement de dépasser le plafond indiciel, mais aussi de baisser le niveau de solvabilité de certains résidents.

Répondre aux souhaits des personnes âgées, qu'elles puissent choisir véritablement leur parcours de vie nécessite de sortir des chemins battus habituels de la prise en charge. Les dernières avancées législatives nous en donnent l'opportunité. A l'instar des rapports Grunspan en premier lieu, puis de celui de la DGAS/DGHUC qui ont abordé un certain nombre de scénarios que je vais étudier maintenant.

### **2.3 LES OPTIONS POSSIBLES : LE CHOIX DE CREER UNE EHPAD AU SEIN DU LOGEMENT-FOYER.**

La réflexion globale sur l'avenir de l'établissement va se construire autour de plusieurs scénarios possibles. Elle nécessite en premier lieu la prise en compte des différents problèmes soulevés par les résidents, de leur situation et évolution prévisible. Elle s'appuie sur les orientations publiques en matière de politiques sociales locales et nationales, particulièrement soumis à la réforme de la tarification. Puis, elle doit tenir compte des atouts et des faiblesses du personnel en place. Enfin, la situation générale du bâtiment, son architecture comportent des caractéristiques qui vont influencer sur la décision.

Compte tenu de tout ce qui a été mentionné auparavant, nous pouvons retenir trois évolutions possibles du logement-foyer dont l'étude a donné lieu à un certain nombre de propositions que l'on retrouve dans le rapport Grunspan, relayées par la suite par le CNRPA. Chacune des possibilités devra répondre à la fois à des stratégies règlementaires, immobilières, et de gestion prévisionnelle sociale par rapport aux résidents et de leur projet de vie.

### **2.3.1 Le logement-foyer reste hors convention EHPAD : la nécessité de retrouver un GMP inférieur à 300**

On revient avec cette solution à la mission primitive du logement-foyer qui n'accueille et ne conserve dans ses murs que des personnes valides et autonomes.

- ❖ La stratégie règlementaire est celle de garder un statut d'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées, c'est à dire hors convention EHPAD pour un GMP obligatoirement inférieur à 300 avec la possibilité de percevoir l'APA à domicile.

Cela suppose :

- Pas de signature de convention tripartite.
- La possibilité de garder moins de 10% de la capacité autorisée de l'établissement, en personnes dépendantes de (GIR) 1 et 2, selon le décret de mai 2007.
- Le maintien pour les résidents dépendants du bénéfice de l'APA domicile pour les personnes ayant un GIR de 1 à 4.

- ❖ La stratégie immobilière concernera l'ensemble de l'établissement.

Elle consistera ici :

- En la réalisation des travaux d'entretien et d'adaptation en relation avec les besoins émis par les résidents, et l'état de vétusté constaté.
- En la mise aux normes de sécurité incendie, et d'accessibilité telle qu'elles ont été défini pour le domicile en rapport avec les préconisations de la commission sécurité.

- ❖ La stratégie de gestion prévisionnelle sociale concernera :

- L'ajustement des besoins des résidents valides et peu dépendants.
- La réalisation du projet d'établissement dans lequel on ajoutera la prévention de la dépendance. Le service animation prenant une plus grande importance.
- De prévoir une prise en charge et un étalement des travaux compatibles avec un niveau de redevance acceptable.

Le projet d'établissement et le projet de vie doivent correspondre dans les termes. Il sera clairement mentionné que l'on ne pourra garder au sein des Tourelles des personnes âgées dépendantes. Elles seront prévenues dès leur arrivée que dès qu'elles basculeront dans la dépendance, elles seront susceptibles d'être

réorientées vers une autre structure pouvant accueillir des personnes âgées dépendantes.

### **2.3.2 Le logement-foyer pourrait entièrement se convertir en EHPAD.**

Il s'agit dans ce cas de transformer l'établissement en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cela correspond à recevoir une population de GMP supérieure à 300.

Cette option constitue une évolution lourde de conséquences pour les résidents qui ont choisi de vivre en logement-foyer : on les fait entrer dans un système de prise en charge à caractère hospitalier qu'ils refusent. La seule vision des fauteuils roulants ou de confort leur renvoie une image de la déchéance physique voire psychique à laquelle, la plupart ne veulent pas être confrontés. D'autre part cela signifie la fin de leur totale liberté dans leur domicile : plus de possibilité de se faire à manger chez soi par exemple.

❖ La stratégie règlementaire va consister en :

- La signature d'une convention tripartite et une tarification ternaire : hébergement, dépendance et soins.
- L'inscription dans le réseau local gérontologique.
- L'adaptation du cahier des charges des EHPAD fixé par arrêté du 26 avril 1999 de la réforme de la tarification.

❖ La stratégie immobilière va englober l'ensemble du bâti, et affectera les 83 lits de l'établissement :

- Il s'agit de procéder à une adaptation générale des Tourelles aux caractéristiques des EHPAD en matière de sécurité incendie, accessibilité, circulation et protection.
- Les travaux risquent de réduire la capacité de fonctionnement de l'établissement. Ils devront être envisagés en plusieurs étapes.
- Des aides financières seront demandées conjointement avec le propriétaire pour amortir le poids des surcoûts.

❖ La stratégie de gestion prévisionnelle sociale s'appuiera :

- Sur le projet de vie, en prenant en considération la répartition des résidents en fonction ou non de leur degré de validité.
- Sur des considérations éthiques dans le respect absolu des libertés et de dignité des personnes âgées dépendantes ou non, en rapport avec leur bien-être.
- Prend appui sur un réel processus de démarche qualité, avec comme point de départ l'auto-évaluation guidée par l'outil ANGELIQUE, (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers en établissement) nécessaire à la négociation d'une convention tripartite.

Pour les personnes valides se retrouver en maison de retraite médicalisée ne fait pas partie de leur projet de vie. De même, ils n'envisagent pas une cohabitation directement avec des grands dépendants dans un univers devenu hospitalier.

La transformation totale en EHPAD correspondrait à la suppression dans la géographie locale de ce type d'établissement dont l'utilité est encore démontrée par la liste d'attente pour entrer aux Tourelles.

### **2.3.3 La sectorisation de l'établissement : la solution retenue**

Les contraintes d'adaptation des locaux ne permettront pas dans l'état actuel des Tourelles d'adapter l'ensemble de l'établissement à l'accueil des personnes dépendantes sans une répercussion majeure à la hausse de la redevance.

L'architecture du bâtiment en L permet d'envisager une sectorisation architecturale où la grande partie du bâtiment resterait logement-foyer, et où la plus petite partie qui offre une possibilité de 20 places, passerait en EHPAD. La prise en charge des résidents devenus trop dépendants pourra ainsi se faire selon les normes de qualité qu'exige la convention tripartite.

❖ La stratégie règlementaire revient à :

- Rejoindre l'avis de conseil général du département qui m'a clairement fait savoir qu'il n'accepterait une médicalisation partielle, qu'à condition qu'elle puisse concerner une entité regroupée bien identifiable. Les consultations préalables avec les représentants de la DDASS et du conseil général m'ont alors assuré de leur accord de principe sur ce schéma.

- Adapter le cahier des charges EHPAD pour cette entité, avec la possibilité que les résidents puissent bénéficier de l'APA « établissement » pour la section EHPAD, et l'APA « domicile » pour la section logement-foyer.
- Saisir l'opportunité du dernier décret du 9 mai 2007.<sup>32</sup>

❖ La stratégie immobilière va concerner l'ensemble du bâti :

- Deux types de normes seront applicables en fonction de la destination des deux corps de bâtiment : la partie EHPAD avec ses normes propres pour répondre au cahier des charges EHPAD fixé par l'arrêté du 26 avril 1999 modifié, et la partie logement-foyer avec les siennes en matière de sécurité incendie, d'accessibilité, de circulation et de protection.
- Les travaux seront étalés dans le temps.
- Des aides financières seront demandées conjointement pour amortir le poids des surcoûts.

❖ La stratégie de gestion prévisionnelle sociale s'appuiera sur :

- Une étroite concertation avec les résidents, leurs familles, les personnels d'accompagnement, les propriétaires du bâtiment.
- Une réflexion à partir de consultations permettant de mesurer les avantages et les inconvénients et l'organisation qui en découlera.
- D'un point de vue éthique, les répercussions financières devront être mesurées afin de ne pas désolubiliser les résidents les plus nécessiteux ; le bien être des résidents devra rester la priorité du nouveau projet de vie dans le respect des droits et libertés de la personne âgée.
- L'option de conventionnement tripartite s'accompagne d'une réelle démarche qualité pour l'établissement.

Cette solution permet au résident dont l'état s'est fortement dégradé de ne plus quitter son cadre de vie, ni l'établissement mais simplement de changer de studio avec son mobilier.

Nous pouvons parler de parcours de vie plus harmonieux avec cette possibilité supplémentaire offerte aux personnes devenues lourdement dépendantes de ne plus subir le

---

<sup>32</sup> Cf., page 37.

stress d'un déracinement, et aux personnes valides de garder leur autonomie de fonctionnement au sein de l'établissement.

## **Conclusion 2<sup>ème</sup> partie**

Je dirige une structure qui ne répond plus que partiellement aux attentes exprimées par les résidents mais qui possède de par sa situation, un potentiel d'attractivité. Par ailleurs, l'obligation réglementaire en matière de sécurité incendie qui m'oblige à des travaux assez lourds, représente une opportunité supplémentaire pour restructurer plus en profondeur l'établissement dans l'optique d'une démarche qualité inhérente à un conventionnement partiel EHPAD. Ma préoccupation reste le bien-être de nos résidents et guide mes choix.

En ce sens, je tiens à m'appuyer sur deux volontés maintes fois exprimées par les résidents qui, aux détours de conversations évoquent l'état d'esprit dans lequel se trouve la personne âgée en situation de dépendance.

► Premièrement, les personnes âgées veulent en majorité vieillir et finir leurs jours chez eux.

Cela explique la proportion assez élevée de personnes qui dans mon enquête désire vivre jusqu'à la fin aux Tourelles. Les résidents sont chez eux au logement-foyer avec leurs objets familiers qui sont autant de repères visuels, olfactifs mêmes. Le studio qu'ils habitent sont des condensés de souvenir parfois anciens mais souvent les mieux ancrés dans leur mémoire. L'univers de la personne est rassemblé en ce qu'il y a d'essentiel. Le transfert en maison médicalisée fait disparaître la plupart de ceux-ci.

D'une manière générale, la personne âgée se refuse d'emblée à imaginer son entrée dans la dépendance. Lorsque celle-ci s'installe, le spectre d'un placement en établissement médicalisé est redouté. Cela représente un traumatisme d'autant plus important que le doigt est alors mis, à cette occasion, sur le constat de sa perte d'autonomie physique, parfois mentale, dans une situation de non retour. Le sentiment de basculer dans l'inutilité, et de plonger irrémédiablement dans une dépendance croissante les effraye. L'évolution de la population des EHPAD où 39% des personnes sont des personnes désorientées, ajoutent à l'image négative de la maison de retraite et freinent encore davantage la personne âgée dans sa volonté de vouloir partir en EHPAD.

► Deuxièmement, les personnes âgées sont attachées à leur environnement social, et familial. Pour certains la présence proche de leur famille conforte cet ancrage au territoire. Les liens tissés en quelques années soit avec des résidents, soit à l'extérieur par la proximité

des Tourelles du centre village et des commerçants, sont autant d'attaches supplémentaires qui leur offrent des points de repères sécurisants et valorisants. Leur perte est vécue comme un déchirement, et ne pourra pas être remplacée.

Compte tenu de l'environnement médico-social en termes de services décrit plus haut, la personne âgée de surcroît dépendante, n'a pas véritablement le choix de son mode de prise en charge. L'offre de service du logement-foyer peut-elle évoluer favorablement dans le sens des souhaits des 28,9% de résidents devenus très dépendants<sup>33</sup>, de rester sur place ?

La publication du décret du 9 mai 2007 permet de répondre en ce sens à une petite partie seulement des résidents. Au-delà de la capacité annoncée de 20 places, les personnes âgées dépendantes seront obligatoirement transférées dans l'EHPAD de leur choix si possible. Sachant par ailleurs, que le niveau de dépendance dans les années à venir ne fera que s'élever parmi les résidents, par le jeu du vieillissement général de la population, il est envisageable de penser que le nombre de résidents amené à sortir du cadre logement-foyer soit encore plus important, et les déchirements de plus en plus fréquents.

La solution d'une sectorisation partielle de l'établissement a été retenue par notre conseil d'administration qui m'a demandé de mener à bien ce projet associatif.

Les modalités de mise en œuvre doivent en être précisées. Un travail de concertation avec les autorités de contrôle et de tarification doit être mené. Repenser le projet d'établissement et le projet de vie demande une forte adhésion des résidents et de leurs familles. Le projet architectural ne peut être abordé dans sa globalité sans l'adhésion du propriétaire. L'implication du personnel est également requis pour réussir la juxtaposition de deux types de prise en charge afin de réellement s'imposer aux résidents comme un « parcours de vie harmonieux » en alternative au déracinement que peut représenter le départ en maison de retraite médicalisée.

---

<sup>33</sup> Cf., annexe 3

## 3<sup>ème</sup> partie

### **3. Un EHPAD au sein du logement-foyer, une alternative au déracinement.**

L'adaptation d'une partie d'un logement-foyer à la perte d'autonomie et /ou à la dépendance, en créant des prestations maison de retraite avec soins, génère de la complexité. Mais par ailleurs, l'absence de projet, génératrice de confusion par manque de positionnement, menacerait l'organisation interne et aurait une répercussion néfaste sur le maintien de l'autonomie des résidents. La complexité de la situation doit être vécue comme une richesse à condition de favoriser la cohérence des prestations. C'est l'hypothèse du projet d'établissement qui, à partir des besoins des personnes âgées et de leur projet individuel, va initier les actions et les innovations pour atteindre les objectifs énoncés. Je compte mettre en œuvre le projet d'établissement dans un esprit participatif avec l'ambition de donner du sens aux pratiques professionnelles. La perte d'autonomie ne doit pas toujours être synonyme de changement de structure pour les résidents. Le logement-foyer constitue un maillon du maintien à domicile qui ne peut être dissocié de son environnement. En l'inscrivant dans une politique gérontologique locale et d'aménagement du territoire en terme d'accueil de la personne âgée, je permets d'offrir la diversité nécessaire à un choix éclairé et non contraint aux personnes âgées dont nous avons la charge, et qui ont choisi de vivre au logement-foyer.

L'Action sociale se définit moins par l'octroi d'une aide passive que par un processus dynamique qui regroupe un large ensemble de moyens permettant aux personnes en difficulté d'être protégées contre l'exclusion, de conserver leur dignité, et dans la mesure du possible de préserver voire retrouver leur autonomie de décision.<sup>34</sup>

C'est l'ensemble du projet que je vais développer dans cette partie.

---

<sup>34</sup> Jaeger M., *Guide du secteur social et médico-social*, Edition Dunod, 6<sup>ème</sup> édition 296 p.

### **3.1 LES PRELIMINAIRES DU PROJET : UNE CONCERTATION GENERALE**

Dans toute décision, il y a une part d'incertitude, mais il n'en reste pas moins qu'elle s'appuie fortement sur mes convictions personnelles.

Cependant, il ne s'agit pas de mettre en place ce projet sous ma seule volonté. Aucun projet ne peut véritablement s'affranchir d'un travail sans la compréhension, l'adhésion et l'engagement de tous les acteurs concernés. A cette fin, je souhaite créer les conditions favorables à la participation effective des résidents, des familles et du personnel. : Salle de réunion des groupes de travail suffisamment spacieuse, calendrier des réunions préétabli, convocations affichées et diffusées suffisamment tôt. Le succès de la mise en œuvre du projet, ne peut se concevoir sans une forte adhésion des résidents, du personnel et enfin des familles. Les réunions seront les temps forts de la participation.

#### **3.1.1 Le projet de transformation : impliquer les acteurs**

Rapidement après le choix ratifié par le conseil d'administration, j'ai planifié trois réunions dans le but d'engager les résidents, les familles et le personnel dans le processus d'élaboration du projet d'établissement.

A partir du projet de sectorisation, je rappelle le contexte dans lequel se trouve le logement-foyer. Restituer les données démographiques, les projections en matière de dépendance, les obligations réglementaires, illustrent la situation actuelle et ses limites. J'explique pourquoi ce choix a été fait.

Lors de chacune des réunions, j'ajoute que la signature d'une convention tripartite met en route une démarche qualité qui a comme point de départ une auto-évaluation qui se fait à l'aide d'un questionnaire préétabli appelé ANGELIQUE (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers en établissement). Lors de chaque réunion, je rappelle les enjeux d'un tel travail qui permet, aux travers des points forts et des points faibles de cerner les besoins réels de tous, et conditionne l'octroi des financements nécessaires pour les soins et la dépendance de l'entité EHPAD. Cette évaluation requiert la constitution de groupes de travail. J'insiste sur l'importance de retrouver au sein de ceux-ci des représentants de chaque catégorie d'acteurs. Leurs présences assureront des réponses qui après discussions et échanges s'avèreront plus proche d'une réalité commune à tous. L'objectif premier étant de fournir rapidement un état des lieux, dans le cadre de la démarche de conventionnement, et dans un deuxième temps

de procéder à l'élaboration du projet d'établissement et du projet de vie en phase avec l'ensemble des personnes accueillies, de leur entourage, et du personnel.

Je conclus chaque réunion en demandant aux volontaires de s'inscrire d'ores et déjà afin de constituer sans tarder les groupes de travail.

Un compte rendu visé par moi-même, de chacune des réunions a été dressé et affiché par la secrétaire qui y assistait, et diffusé auprès de tous.

### 3.1.1.1 Rassembler les résidents valides et dépendants

D'emblée, j'indique qu'aux Tourelles le résident est bien situé au cœur de nos préoccupations, et du projet institutionnel.

Je savais, après l'enquête de début d'année qu'il existait une ségrégation plus ou moins avouée des personnes âgées valides envers ceux devenus dépendants. Mon idée était de pouvoir aborder cet aspect au travers de l'auto-évaluation, d'en faire sortir une démarche plus coopérative et de mesurer les limites et les champs d'une cohabitation valides/personnes dépendantes ou porteuses d'incapacités invalidantes. Il s'agit de ne pas ternir l'image du logement-foyer mais au contraire d'en dynamiser celle-ci par la diversification offerte par l'établissement aux résidents. L'idée du parcours de vie harmonieux doit servir de fil conducteur à l'ensemble du projet, et réussir à émerger et prendre sa place dans l'esprit de chacun.

A cette fin, je compte sur la démarche qualité. La description des trois grands thèmes de l'outil ANGELIQUE à savoir :

Les attentes et satisfaction des résidents et familles ;

Les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins ;

L'établissement et son environnement ;

m'a permis de susciter l'intérêt des résidents à participer au groupe de travail sur l'auto-évaluation. Les résidents doivent pouvoir se sentir acteurs de leur mode de vie. J'insiste sur l'importance que chacun puisse donner son avis et formuler des propositions sur son mode de vie dans l'établissement. Mon idée est de faire participer aux groupes d'évaluation les personnes âgées qui le désirent, et d'y intégrer des personnes âgées dépendantes. Je jette les bases d'une indispensable concertation commune autour du projet.

Je préconise la formation de trois groupes de 4 à 6 personnes minimum. Chacun traitera l'un des trois thèmes constituant le questionnaire ANGELIQUE. Après dépouillement des réponses, la synthèse sera faite aux 3 groupes par le comité de pilotage.

Autre acteur important de la prise en charge de la personne âgée, la famille, particulièrement les enfants, et les frères et sœurs, ne peut être tenu à l'écart de la vie du logement-foyer et de leurs parents qui y résident.

### 3.1.1.2 Impliquer les familles : réaffirmer leur place dans le projet institutionnel

Au-delà des explications sur le changement à opérer et sur l'évolution envisagée pour l'établissement, la réunion avec les familles a pour objectif de les motiver à intégrer les groupes de l'auto-évaluation puis de les faire participer à l'élaboration du projet d'établissement.

La sectorisation va bouleverser l'image traditionnelle du logement-foyer, remettre en cause la mission initiale de celui-ci. Le spectre de voir se transformer à terme tout le logement-foyer en EHPAD est évoqué. Je rappelle aux familles que le logement-foyer reste la porte d'entrée aux Tourelles. L'objectif de la sectorisation partielle est de maintenir, au choix du résident ce lieu de vie quelque soit son degré de dépendance. Par ailleurs, savoir que leur parent puisse rester dans l'établissement malgré la dépendance est source de soulagement (proximité), et leur évite le souci de lui trouver une place.

L'entrée des personnes âgées dans la dépendance modifie les rapports enfants-parents. En règle générale les relations s'accroissent entre enfants et parents quand ceux-ci deviennent dépendants<sup>35</sup>. Leur importance n'est plus à démontrer dans la qualité de vie des personnes âgées. Celles-ci maintiennent un degré de socialisation et d'affectivité qui leur assurent une vitalité plus grande. Quand elles disparaissent, l'état de santé de la personne âgée a toutes les chances de décliner.

Les inviter à procéder à l'auto-évaluation représente une approche nouvelle de représentativité et de participation plus forte des familles à la vie de l'établissement. Je souligne l'intérêt de s'inclure dans les groupes d'évaluation par le regard extérieur qu'ils porteront sur les Tourelles à l'ensemble des prestations.

Pénétrant ainsi plus au cœur du fonctionnement du logement-foyer, je leur indique que la question finale à se poser une fois l'évaluation terminée doit être : « aurais-je envie de vivre ici ? » Ainsi, la suite logique à l'auto-évaluation est leur participation à l'élaboration du projet d'établissement, du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement qui seront établis dans le cadre de la convention tripartite. Associer les familles à la vie de l'établissement, à sa transformation permet une déculpabilisation de ces dernières, et fait diminuer leur angoisse.

---

<sup>35</sup> *La dépendance des personnes handicapées et des personnes âgées dans l'Hérault*. Repères pour l'économie du Languedoc-Roussillon-Synthèse N°5- Avril 2003. Editions Insee Languedoc-Roussillon.

Leur faire prendre possession d'une partie des décisions de l'organisation de l'établissement ajoute une plus grande sérénité dans les propos, instaure un climat de confiance accrue avec la direction.

Dans l'accueil au quotidien des résidents, j'ai toujours tenu à ce que le personnel soit à l'écoute et soit disponible pour répondre le mieux possible aux attentes des résidents.

Le personnel représente l'acteur essentiel de la réussite de la mise en œuvre de tout projet.

### 3.1.1.3 Concertation avec le personnel

J'ai toujours pris le parti de développer des relations de confiance avec le personnel. Avec 14 salariés, il est assez facile de rencontrer tout le monde en une semaine et de pouvoir échanger. Cependant, au delà de ces relations informelles fréquentes qui me permettent de garder un contact privilégié, et surtout d'écouter, j'ai planifié une réunion tous les quinze jours avec le personnel. Nous y abordons les problèmes d'organisation, les relations avec les résidents, et faisons le point sur les actions en cours.

La position de directeur vis à vis du personnel doit être de clarifier les débats autour du projet. Afin d'éviter le départ de rumeurs inévitables, leur expliquer les fondements de celui-ci et les stratégies de mise en œuvre me parut indispensable. Chacun doit pouvoir y trouver sa place, se positionner et donner son avis. Le passage d'une gestion CCAS à une gestion associative privée avait provoqué une situation d'incertitude en 2005 par la juxtaposition de personnel à statuts différents, le temps que ceux qui ont choisi de rester agents territoriaux, soient réintégrés dans une structure du CCAS. Une différence de statut et de motivation avaient induit quelques tensions ponctuelles et un investissement moindre de certains auprès des résidents qui fut compensé par l'implication des autres. Il n'y a donc pas eu de répercussions majeures sur les résidents. Aplanir les situations de doute du personnel, sur sa place, son action et son devenir au sein de l'établissement est une absolue nécessité.

A la veille d'une transformation de 20 places de logement-foyer en unité EHPAD, les équipes peuvent perdre leur identité professionnelle à mi-chemin entre prestation hôtelière et accompagnement social de la dépendance. La diminution prévisible du nombre de places au logement-foyer aura une répercussion sur celui du personnel. Quel devenir pour les autres ? Travailler dans l'unité EHPAD est-il envisageable en l'état ?

Aucun projet ne peut durablement s'imposer sans une adhésion complète de tout le personnel.

A ce titre, je les invite à participer à l'auto-évaluation, rejetant l'aspect jugement personnel de ce que l'on fait bien ou pas. Je précise qu'il s'agit simplement de répertorier le mode d'organisation des prestations actuelles aux Tourelles. C'est en fait l'occasion de lister nos points forts et nos points faibles.

L'intérêt étant par la suite de participer à la rédaction du projet d'établissement, du projet de vie et du règlement de fonctionnement pour lesquels ils continueront à s'investir.

Le projet gérontologique des Tourelles, implique une meilleure connaissance de la prise en charge de la personne âgée. La présence accrue de résidents dépendants au logement-foyer nécessite déjà des compétences supplémentaires. La création de cette nouvelle unité entraînera l'embauche de personnel qualifié avec des connaissances spécifiques. J'indique au personnel que c'est aussi l'occasion d'acquérir par la formation une qualification supérieure qui trouvera son utilité à l'EHPAD. Ceux-ci seront d'autant à même de choisir leur trajectoire professionnelle qu'ils auront participé aux groupes de travail.

Les groupes de travail pour l'auto-évaluation de l'établissement se sont constitués dès la dernière semaine de réunion. J'ai pour ma part intégré celui traitant les questions de l'établissement et son environnement. Dans le même temps, je veille à la constitution d'un comité de pilotage qui inclut également des participants de chacun des trois groupes.

### **3.1.2 Les valeurs du projet d'établissement**

En application de l'article 12 de la loi n°2202-2 du 2 janvier 2002, le projet d'établissement est l'un des sept dispositifs favorisant la réalité de l'exercice des droits des usagers dans les établissements du secteur social et médico-social.

Le projet d'établissement est à la base d'une réflexion institutionnelle, il en définit les objectifs, permet de donner du sens aux actions à entreprendre. Ce n'est en aucun cas un texte figé dans le temps. L'ajustement prévisible de celui-ci effectué au regard des évolutions constatées est un élément moteur des équipes. Rien n'étant acquis définitivement, place doit être laissée à l'évolution possible de ce projet.

Ma préoccupation principale a été de fournir un canevas de départ qui constitue un avant-projet pour servir de guide à l'élaboration de notre projet d'établissement qui puisse répondre aux attentes déjà formulées par les personnes âgées. Celui-ci a pour but de donner aux résidents et à leurs familles la « philosophie propre » aux Tourelles. Il rappelle les limites actuelles du logement-foyer face à la montée continue de la dépendance. Il reprend les dernières orientations législatives et les trois options qui s'offraient concernant

l'avenir des logements-foyers, et explique l'orientation que j'ai choisie de privilégier, adoptée ensuite par le conseil d'administration.

### 3.1.2.1 Le parcours de vie : le projet d'établissement commun aux deux entités

L'enjeu d'écrire un seul projet d'établissement qui aborde chaque entité, est de mettre l'accent sur la notion de parcours de vie harmonieux, de continuité dans l'accompagnement. Il s'agit d'éviter la ghettoïsation des personnes âgées dépendantes sous prétexte qu'elles habitent désormais dans une entité spécifique.

Le choix de conserver en un même établissement, une entité logement-foyer et une entité EHPAD, a comme objectif d'assurer une prise en charge individualisée de la personne âgée, depuis son entrée aux Tourelles jusqu'au terme de son existence. Or, le vieillissement s'accompagne parfois d'une détérioration de la santé physique et/ou psychique de la personne âgée. . A ce titre, un projet collectif de lutte contre les facteurs de dépendance sera mis en place. Le maintien de l'autonomie de la personne âgée devra se retrouver dans toutes les sphères d'activités de l'établissement. Une des règles d'or en sera : « privilégions le faire faire (ou le faire avec) plutôt que le faire à la place. »

Il s'agit désormais de proposer aux résidents une réponse évolutive et adaptée à ses besoins de sécurité, de convivialité, de soins et d'accompagnement suivi et harmonieux.

Dans cette optique, le logement-foyer d'une part, et l'EHPAD d'autre part représentent un « ensemble gérontologique » cohérent. Sur ce thème, nous sommes dans le droit fil des missions de notre association dont la raison d'être est de promouvoir les services auprès des personnes âgées. Nous rejoignons les préoccupations exprimées par une majorité de personnes âgées.

Les résultats escomptés de ce projet sont de cinq ordres :

1-Diminuer le traumatisme que représente l'obligation de quitter son lieu de résidence  
Garder le lien avec l'environnement social, et familial proche de la personne.

2-Réduire les facteurs d'aggravations de la dépendance vers laquelle glisse parfois plus rapidement les personnes placées en maison de retraite médicalisée<sup>36</sup>.

3-Faire disparaître le problème de cohabitation que pourrait poser, aux yeux des résidents valides, une mixité totale des deux types de population, valides et grands dépendants.

---

<sup>36</sup> *Les foyers-logements face à la réforme de la tarification : quelles adaptations ?* Les indispensables de la gestion des CCAS/CIAS ; Ed. juin 2002.

4-Renforcer l'attractivité initiale du logement-foyer réservé à l'accueil exclusif de personnes âgées valides ou faiblement dépendantes, par la possibilité d'offrir un parcours de vie qui suivra son évolution.

5-Ajouter une offre supplémentaire réelle dans le choix de lieu et mode de vie, à la personne âgée.

Je décris ainsi ce que j'appelle le parcours de vie :

1- Le point de départ peut consister par un premier séjour dans la chambre d'accueil temporaire. Déjà existante mais sous utilisée. Un séjour temporaire est proposé au futur résident du logement-foyer. Il peut profiter de tous les services offerts. Il reste libre de quitter l'établissement à tout moment. L'entrée en structure doit rester une affaire de libre choix. Il ne s'agit pas d'une décision ferme et définitive. L'accueil temporaire lui permet de découvrir la vie aux Tourelles. Il représente à la fois une période d'acclimatation de la personne âgée à son nouvel environnement, et en même temps permet à l'équipe du logement-foyer de faire connaissance avec celle-ci. Le souci est de favoriser un accompagnement adapté aux attentes et besoins de la personne âgée.

2- La vie au logement-foyer : ouverture sur l'extérieur et autonomie.

Au sein des tourelles, le résident bénéficie d'un logement. Celui-ci est chez lui. Il aménage son appartement lui-même à son goût. Il se l'approprie. Il choisit son rythme de vie, ses activités. Il est libre de recevoir qui il veut chez lui. Tout cela dans un environnement sécurisé.

3- L'apparition de la dépendance : fin de l'obligation de quitter l'établissement.

La transformation des 20 places du bâtiment sud-est de l'établissement en EHPAD pour accueillir les personnes âgées dépendantes, se fait dans l'esprit d'offrir une continuité de la vie menée jusqu'à ce moment là au logement-foyer. Le résident conserve le choix de rester dans l'établissement ou de partir dans un EHPAD autre. Cette unité de 20 places reste en priorité réservée aux bénéficiaires du logement-foyer.

Le passage d'un espace à l'autre sera justifié par des critères objectifs :

- Les difficultés de déambulation dans son logement.
- Les difficultés dans les actes de la vie quotidienne.
- Le manque de repères spatio-temporels pour les dépendants psychiques.
- Les résidents concernés seront ceux cotés GIR 1, GIR 2, GIR 3.

Toutes ces précisions seront mentionnées dans le contrat de séjour, expliquées au résident dès son entrée. Il s'agit d'un contrat éclairé.

Le passage d'un secteur à l'autre sera préparé en amont pour se faire au bon moment. Elle demandera l'approbation du résident, de sa famille, et des intervenants de soins. Le tout sera coordonné par l'infirmier coordinateur.

### 3.1.2.2 Le projet de vie du logement-foyer

Le projet de vie du logement-foyer s'inscrit pour une structure qui après la signature de la convention aura retrouvé un mode de fonctionnement plus en adéquation avec sa mission d'origine c'est à dire l'accueil de personnes âgées valides.

Le projet de vie constitue le cadre de référence qui guide notre travail au quotidien. Il se distingue du projet d'établissement par la manière dont il précise les principes devant être pris en compte, plus que l'organisation à proprement parlé de l'établissement.

La préoccupation permanente de l'équipe des Tourelles doit concerner le bien-être des personnes âgées, et le maintien de leur autonomie la plus grande possible. A cet effet, l'emphase sera mise sur un projet d'animations plus performant et plus varié, axé sur le maintien des repères, de stimulation au quotidien dans le cadre du projet de lutte contre les facteurs de dépendance tant physique que cognitif et psychique, sans mettre de côté la notion de plaisir pour autant.

Toute vie en groupe s'articule autour de normes, de valeurs, et de modes de comportement. L'accompagnement de nos résidents devra s'effectuer dans le respect de l'expression de leurs attentes. L'ensemble s'appuie sur l'estime de soi et le respect de la personne (exemple du vouvoiement, de frapper à la porte avant d'entrer dans un studio, de se garder d'un discours infantilisant, de l'écoute du résident, du recueil et du traitement de l'information sur les prestations, sur le dynamisme du CVS.). L'un des moments importants de la vie sociale est le repas. C'est un lieu de convivialité, de partage et de rencontres. Chaque résident tient à donner une image valorisante de lui-même. Je tiens à ce que ce moment puisse être partagé au mieux avec les résidents devenus dépendants de la même façon : image valorisante de soi, cheveux peignés, habit en bon état et bien mis, éventuellement maquillage. Jusqu'à maintenant nous n'avions pas de nappes sur les tables. Leurs ajouts modifient l'atmosphère de la salle de restauration et procèdent à la convivialité du lieu.

Ce sont là les prémisses d'une culture gériatrique que le vieillissement généralisé de la population nous incite à intégrer sans tarder pour orienter nos actes et notre prise en charge tout au long de la vie de la personne âgée.

Cette culture devra se développer à l'égard du résident quelque soit son degré d'autonomie et le secteur où il réside. Les points à développer ou à mettre en place sont les suivants :

Privilégier le mouvement.

Privilégier le « faire faire » ou le « faire avec ».

Adopter une attitude positive face aux difficultés.

Développer l'écoute.

Faciliter les échanges avec les résidents et entre professionnels sur les pratiques.

Se préoccuper des familles, favoriser leurs présences.

Apprendre à reconnaître les signes avant-coureurs de la dépendance tant physique que psychique<sup>37</sup>. Cette mesure préconisée pour les professionnels de l'aide à domicile, dans le plan « solidarité-grand âge », trouve naturellement son application au logement-foyer.

### 3.1.2.3 Les spécificités de l'unité EHPAD

Lorsque la dépendance vient à s'accroître, la personne âgée du logement-foyer devenue trop dépendante pourra si elle le souhaite, être accueillie dans l'unité EHPAD aux Tourelles.

L'unité EHPAD est constituée de vrais studios d'une surface (31m<sup>2</sup> en moyenne) supérieure à celle habituelle d'une chambre en EHPAD (20m<sup>2</sup>).

Cette entité médicalisée au sein des Tourelles doit être ressentie comme une continuité du séjour du résident dans l'établissement.

Il ne s'agit plus de parler de « placement » comme on le fait d'une chose, mais d'accueil, avec le sourire qui va avec l'hospitalité que l'on offre.

En créant cette unité EHPAD, l'établissement s'inscrit davantage dans le réseau de la prise en charge gériatrique entre domicile et établissement médicalisé. Un travail de partenariat avec les cliniques et les hôpitaux est entrepris afin de mieux articuler les hospitalisations et surtout les retours d'hospitalisation. L'infirmière coordinatrice veille au bon déroulement de ces transferts. Des conventions de partenariats sont en cours de signature avec notamment le centre hospitalier pour organiser la coordination des interventions respectives. En cela, nous nous appuyons sur le plan « solidarité-grand âge » 2007-2012<sup>38</sup> qui donne la possibilité pour les services d'hospitalisation à domicile (HAD), d'intervenir en maison de retraite. Cette ouverture évitera les temps de rupture parfois longs et diminuera le nombre des déplacements sources de stress pour la personne âgée.

---

<sup>37</sup> Lien social n°829, du 22 février 2007.

<sup>38</sup> Le plan « solidarité-grand âge » 2007-2012 a été annoncé par monsieur Philippe Bas, ministre délégué aux personnes âgées, le 27 juin 2006.

Le projet global de l'institution se prolonge dans le secteur EHPAD. Il se décline au niveau des soins, y structure l'animation, et redonne toute son importance à la famille.

#### *3.1.2.3.1 Le soin ne se suffit plus à lui seul : il faut prendre soin*

Derrière la technicité du soin qui n'est pas à remettre en cause, l'équipe soignante ne doit pas oublier l'aspect purement humain de la prise en charge. Avec leur arrivée en secteur EHPAD, les résidents dépendant ne sont plus pris en charge par les intervenants extérieurs mais par l'équipe salariée de cette unité. Constituant une possibilité de perte de repères, une attention particulière est portée à la préparation de ce passage. La personne a déjà rencontré les membres de l'équipe EHPAD avant son arrivée. Un référent est nommé et restera le contact privilégié de celle-ci à partir de cet instant.

Avec ou sans dépendance, la personne âgée conserve son statut d'individu à part entière. Si la fonction soin prédomine dans ce secteur, il n'en reste pas moins qu'au-delà de cette activité nous devons être attentifs aux autres besoins exprimés ou non par la personne âgée. Dans notre combat contre les facteurs de dépendance, j'ai tenu à orienter la réflexion sur les manières d'aborder les activités de la vie quotidienne (AVQ), à savoir : le lever, la toilette, le manger et l'habillement. L'objectif est d'apprendre à veiller à l'entretien journalier de leur autonomie dans l'exécution de ces actes. En l'occurrence, privilégier le « faire faire » ou le « faire avec » la personne plutôt que le « faire à la place ». Tributaire des contraintes de temps le personnel a parfois du mal à adopter ce type de comportement. Cependant, il existe des aides techniques qui bien utilisées, redonnent une part d'autonomie à la personne porteuse d'incapacités. (L'exemple des brosses à cheveux ou des couverts adaptés, des verticalisateurs pour la toilette entre autres rentrent dans ce schéma.). L'entretien des facultés de la personne âgée se prolonge dans le secteur EHPAD. Une formation spécifique, principalement à l'adresse des aides-soignantes ou des agents de services hospitaliers qui sont le plus en contact avec les personnes âgées, viendra soutenir le personnel dans cet objectif de veiller à la conservation de leur autonomie.

#### *3.1.2.3.2 Le projet d'animation : conserver les liens existants*

Je préconise de mettre en place dans l'unité EHPAD une politique d'animation dynamique afin de continuer à structurer le plus efficacement possible le séjour du résident. Il ne s'agit pas de développer à outrance un nombre croissant d'activités d'animation. Par contre, le choix de celles-ci doit répondre au projet d'établissement dans notre volonté d'améliorer la qualité de vie dans notre institution, et de concourir au maintien de l'autonomie

ou du moins de conserver le plus longtemps possible les capacités restantes des personnes dépendantes.

L'organisation des animations demande stabilité et régularité, afin que les résidents puissent se construire des repères nouveaux avec le moins de difficulté possible. Une planification hebdomadaire qui indique clairement les activités trouvera sa place à chaque étage de ce secteur.

Le choix des animations est discuté entre l'animatrice, les résidents, les membres du CVS. Elles sont le plus souvent internes, si possible conjointes avec celles des résidents valides, mais également externes. Les personnes dépendantes apprécient toujours les sorties. Elles peuvent être simples comme la sortie au marché du village. Le but étant de lutter contre l'enfermement progressif des personnes dépendantes.

Lors de son séjour au logement-foyer celle-ci a pu tisser des liens avec d'autres résidents ou des gens du quartier et développer son propre réseau. Les sorties ont la vertu de pouvoir conserver ces liens sociaux, amicaux existants et peuvent orienter le choix de ces sorties. Une part d'individualisation des activités fait partie à part entière du projet d'établissement. Parmi les acteurs que l'on peut relier aux activités, les familles tiennent une place privilégiée.

#### *3.1.2.3.3 La place des familles :intégrer les visites aux activités*

Les résidents qui ont leur famille proche ont la chance en restant aux Tourelles de ne pas changer les habitudes de visite contrairement à ce qui se passerait en cas de transfert qui éloignerait nécessairement ceux-ci. La proximité géographique favorise la présence régulière et la fréquence de visites. Les photos viennent parfois à remplacer l'absence ou la rareté de celle-ci.

J'ai déjà évoqué l'importance des liens familiaux pour la personne âgée. Quelques soient l'importance des visites de la famille, je préconise que celle-ci doit être accueillie avec autant d'égards que l'on accueille le résident. Il est important d'être à l'écoute de la famille, et cerner ses besoins, connaître ses rapports avec le résident. Cette attitude permet souvent à la famille de mieux se rendre compte que leur parent mène une vie digne de ce nom dans l'établissement, puis de se rassurer et de déculpabiliser.

L'absence de la famille n'exclut pas par ailleurs, d'en parler avec la personne âgée, de l'interroger sur les membres de sa famille, s'ils lui donnent de leurs nouvelles, sur leurs activités. Cela permet d'inclure la famille même absente dans l'esprit de la personne âgée. De notre côté, nous nous devons de faire le lien entre le résident et sa famille. Nous devons faire comprendre à la famille que leur visite peut constituer leur seule et unique vraie source de plaisir. A l'opposé, les horaires de visites doivent si possible être programmée. Ce n'est

pas parce que la personne est âgée et de surcroît dépendante que celle-ci n'a pas d'activités ou simplement qu'elle n'a pas de préférence pour recevoir de la visite. Considérer la personne âgée comme un individu à part entière, la respecter, revient à prévoir ses visites en accord avec celle-ci et de son emploi du temps.

Enfin, la famille doit s'intégrer dans le tissu de l'établissement. Ceci apparaît de façon plus vive depuis quelques années. La montée de la dépendance conforte le rôle de la famille dans le maintien de la vitalité des personnes âgées. La participation de celles-ci aux fêtes, à l'organisation d'activités, ou à des sorties, génère une dynamique intergénérationnelle parfois accentuée par la présence des petits-enfants. Pour accentuer les relations familles établissement, j'ai proposé la mise en place d'un groupe de paroles dans lequel se retrouvent les familles et les employés des Tourelles. Cela sert à mieux comprendre la place de chacun dans la prise en charge. Ces échanges représentent un soutien indéniable prenant d'autant plus d'importance que désormais dans le secteur médicalisé le personnel sera confronté à la fin de vie.

Enfin l'aménagement, au rez-de-chaussée d'une chambre d'accueil pour les familles s'inscrit dans le programme de soutien aux familles, notamment pour celles qui sont éloignées.

#### *3.1.2.3.4 Les limites du projet : les grands désorientés*

Actuellement, nous ne sommes pas confrontés aux désorientations et atteintes psychiques graves parmi les résidents dépendants. Or, il est à prévoir une hausse plus que probable des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles dégénératifs graves dont l'état tant physiques que psychiques requiert un accompagnement et une stimulation spécifiques dans un cadre spécifique type CANTOU. Nous ne pouvons dans l'état actuel des locaux et de l'organisation nous doter d'une telle structure. Pour l'instant, il semble donc préférable le temps venu de proposer à la famille l'intégration dans une unité d'hébergement spécialisée dans la prise en charge de cette maladie. L'intérêt sera à terme de tisser un partenariat avec des CANTOU afin de préparer l'intégration de ces personnes le temps venu.

### **3.2 EVALUATION CHIFFREE DES CONSEQUENCES DU PROJET.**

La sectorisation de la résidence des Tourelles affecte en premier lieu la plus petite partie soit l'aile sud-est. La transformation de ce bâtiment relève de la loi n° 91-663 du 13 juillet 1991. Une grande attention sera apportée à l'accessibilité de l'ensemble du bâtiment et des espaces de circulation pour les résidents dépendants, ainsi qu'à l'adaptation au travail du personnel.

### 3.2.1 Description des principales transformations en EHPAD

Les 20 studios sont répartis sur les 5 niveaux, soient les 4 étages et le rez-de-chaussée.

La répartition est la suivante : 3 studios au rez-de-chaussée dont celui pouvant accueillir un couple, 5 au premier étage, le deuxième étant celui des soins ne conserve que 3 studios suite à la transformation de deux studios en local pour l'infirmerie, la préparation des médicaments, local aides-soignantes, le troisième étage 5 studios, enfin le dernier étage comporte 4 studios. Par ailleurs, une chambre d'accueil est prévue au niveau du rez-de-chaussée à l'attention des familles.

Le pôle soins se retrouve en position centrale par rapport à l'ensemble des appartements.

Les studios ont été modifiés : agrandissement des portes d'entrée, suppression de la cuisine au profit d'une salle de bain réservant l'accès et la manipulation d'un fauteuil roulant, et douche à siphon ras du sol, fermeture des volets par télécommande. Chaque studio bénéficie d'une climatisation individuelle.

Outre les normes à respecter en matière d'EHPAD, mon cahier des charges pour l'architecte a consisté à ce que l'ensemble de cette unité ne soit pas un corps sans âme et anonyme ; qu'il fasse oublier ou du moins qu'il estompe le médical, sans pour autant parodier l'hôtel. Le choix de positionner les soins au 2<sup>ème</sup> étage procède de cela, indépendamment de la place centrale et proche de l'ascenseur pour faciliter et diminuer l'amplitude des déplacements du personnel soignant. Le choix des couleurs, l'éclairage, la signalétique, la décoration doivent rendre une atmosphère familiale, accueillante, en harmonie avec l'environnement extérieur. Les studios quant à eux restent personnalisables par l'apport du mobilier du résidents dans la mesure d'un encombrement en rapport avec les soins, et à l'exception des tapis au sol qui n'ont plus leur place à terre (éviter les chutes et faciliter la désinfection des sols) . A chaque étage un espace aménagé en marge de chaque entrée de couloir permet à chaque résident de recevoir et de s'entretenir en relative discrétion avec ses visiteurs.

Les entrées et les sorties se font par le hall d'accueil commun aux deux structures. Toutefois un accès déjà existant dans le prolongement du couloir a été agrandi et rendu accessible pour les personnes de ce secteur avec accès sur le trottoir.

Les Tourelles sont désormais constituées d'un logement-foyer de 63 places et de deux chambres d'accueil temporaires, et d'un secteur EHPAD de 20 places.

### 3.2.2 Les aménagements de l'EHPAD et leur impact sur le prix de journée.

#### 3-2-2-1 Le poids des travaux et de la nouvelle organisation

Deux types de travaux sont réalisés conjointement : une partie en relation avec la mise en conformité aux normes de sécurité-incendie de toute cette unité, l'autre pour adopter le cahier des charges des normes qualité EHPAD dans le cadre du conventionnement tripartite. Je rappelle que nous ne sommes pas propriétaires des murs. Je travaille sur ces dossiers conjointement avec le bailleur social HLM.

D'une part les travaux de sécurité-incendie s'élève 65 000 euros. Le bailleur social prévoit une augmentation de la redevance annuelle sous la forme d'un complément de charges de : +6435€ / an sur 15 ans. Soit une hausse de 26,81€/ mois/ personne.

A cela s'ajoute des frais de maintenance supplémentaire de 950€/an, soit +3,96€/mois/personne.

Total de 26,81€ + 3,96€ = 30,77€/mois/personne.

D'autre part les travaux de transformation et d'aménagements des studios se chiffrent à 620 000€. Ils génèrent une redevance annuelle que le bailleur sociale chiffre à 61 372€/an sur une période de 15 ans. Soit une répercussion de +255,72€/mois / personne.

La redevance équivalent-loyer payée par le locataire au logement-foyer est de 768,50/mois hors restauration.

L'augmentation du seul fait des travaux est de 30,77+255,72=286,49€.

Soit un tarif hébergement mensuel de 1054,99€.

Par ailleurs, dans le cadre de la médicalisation, le restaurant des Tourelles fournit l'ensemble des repas aux usagers de L'EHPAD. Compte tenu que ceux-ci avaient auparavant obligation de manger le midi au restaurant, le montant de la prestation hôtelière qu'ils réglait directement au traiteur est augmenté du prix des repas du soir et petit déjeuner.

Soit un montant total mensuel de 378,38€.

Le tarif hébergement s'élève à 1433,37€/ mois, soit un prix de journée de 47,12€.

Ce tarif couvre la partie hébergement dans la même proportion que lorsque la personne était dans le logement-foyer. Cela est dû à la mise en commun des services administratifs et du service de veille.

#### 3.2.2.2 Influence de la médicalisation en terme de personnel.

La procédure de la signature d'une convention tripartite mentionne de fournir un état récent de la répartition des résidents par GIR. Dans cette optique, j'avais programmé quelques mois auparavant la venue de l'équipe médico-technique du conseil général pour dresser un bilan du degré de dépendance des résidents. Celui-ci s'est avéré plus élevé qu'en

septembre de l'année précédente. Le GMP de l'établissement se situe à 366,9 en mai pour l'ensemble du logement-foyer. Concernant les 20 résidents de l'EHPAD le GMP est à 710.

La grande nouveauté de la convention tripartite a été de partager la prise en charge de la personne âgée dépendante en trois sections tarifaires : hébergement, dépendance et soins. Le décret n°99-316 modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 prévoit une répartition précise des charges et des produits entre les trois sections. Concernant le personnel, la répartition des effectifs pour l'EHPAD est le suivant en ETP.

*Tableau du personnel pour les 20 résidents du secteur Ehpap.*

Personnel	Hébergement	dépendance	soins	Total ETP
Services administratifs	0,50			0,50
Animation	0,10			0,10
Cuisine restauration	0,90			0,90
ASH. Agents de services affectés aux fonctions de blanchissages, nettoyage et service des repas	1,26	0,54		1,8
Veilleur de nuit	0,28	0,12		0,4
Aides soignantes		1,45	3,40	4,85
IDE			1,60	1,60
Médecin coordonnateur			0,08	0,08
TOTAL ETP	3,04	2,11	5,08	10,23

Le taux d'encadrement est de 0,511

*Tableau de répartition des charges selon les sections d'imputation.*

EHPAD 20 places	Hébergement	Dépendance	Soins	Total
Groupe1: dépenses d'exploitation courante	92 140 €	12 800 €	10 610 €	115 550 €
Groupe 2: dépenses de personnel	79 500 €	53 600 €	146 630 €	279 730 €
Groupe 3: dépenses afférente à la structure	87 300 €			87 300 €
Travaux d'aménagements	61 400 €			61 400€
Total charges	320 340 €	66 400 €	157 240 €	543 980€
Total produits	333 609 €			
Résultat	13 269 €			

Les produits de la tarification doivent couvrir l'ensemble des charges de chaque section tarifaire.

L'équipe soignante de l'EHPAD remplace celle qui intervenait auprès de chaque personne dépendante dans le cadre du logement-foyer. La dotation financière soins allouée par l'Etat (en tant que représentant de l'assurance maladie) est de 157 240€. Elle couvre 100% du médecin et des infirmières, 70% des aides-soignantes, ainsi que l'amortissement du matériel, et de l'évacuation des déchets.

La dotation dépendance de 66130€ couvre 30% des postes d'aides soignantes, et du personnel affecté à la buanderie et à l'entretien du linge, 30% des veilleurs de nuit, 30% des produits d'entretien. Reste à la charge de la personne âgée le ticket modérateur, variable selon les situations de chacun, entre le montant des dépenses de dépendance et l'APA versé par le conseil général.

La partie hébergement à la charge du résident. Elle comprend la totalité des frais administratifs et des services généraux, cuisine et entretien, 70% des serveuses et du ménage, et 70% des veilleurs de nuit.

### **3-2-3 Les aménagements du logement-foyer : un prix de journée à maîtriser**

En réalité, le calendrier de mise en conformité laisse trois ans pour réaliser les travaux de sécurité-incendie. Ces travaux seront effectués après la fin de ceux de l'EHPAD. Deux raisons justifient cela : en premier lieu la difficulté de vivre dans un établissement entièrement en travaux; en second lieu l'attente de l'octroi d'une subvention

de la CNSA dans le cadre des travaux d'amélioration et de modernisation qui est en cours (après avoir été refusé une première fois l'année dernière sur seulement les travaux de sécurité-incendie).

Le coût de ces travaux inclus la réhabilitation de la salle de gymnastique du sous-sol inutilisable depuis le passage de la commission sécurité.

Le montant des travaux s'élèvent à : 205 000€. Le bailleur HLM annonce une redevance annuelle sous la forme d'un complément de :

20 295,06€/an sur 15 ans soit une hausse de 26,85€ / mois/résident.

*Tableau de l'évolution du compte de résultat du logement-foyer, hors impact du coût des travaux sur le compte de charges puis sur le résultat :*

	Logement-foyer : 83 places année N-1	Logement-foyer : 83 places N	Après diminution à : 63 places N+1
Groupe1 : dépenses d'exploitation courante	77 500 €	80 850 €	62 200€
Groupe2 : dépenses de personnel	422 800 €	412 000 €	317 700 €
Groupe3 : dépenses afférentes à la structure	204 500 €	210 600 €	202 740 €
total charges	704 800 €	703 450 €	582 640€
Total produits	724986 €+ 4500 €= 729 486€	736093 €+4280 €= 740 373€	597360 €+4500 €= 601 860€
Résultat : Produits - charges=	24 686 €	36 923 €	19 220€

Le produit comprend les redevances des studios auxquelles s'ajoutent celles des 150 journées d'accueil temporaire.(30€ pour une personne seule, 40€ pour deux personnes).

Le tableau montre un résultat toujours positif après la réduction du nombre de ses résidents de 83 à 63 places. Cependant, l'impact des travaux sur la hausse de la redevance n'a pas été considéré.

L'impact des travaux :

Nous pouvons d'ores et déjà anticiper sur n+1, un total des charges du groupe III qui s'élèverait à : 202 740+20 295= 223 035€.

Le montant total des charges atteindrait : 602 935€

Avec un montant inchangé des produits de : 601 860€

Nous obtenons un résultat déficitaire de : - 1 075€

J'affiche un déficit peu important de -1 075€ malgré des coûts déjà très ajustés qui ne toléreront plus aucun dépassement.

Je reste pour l'instant tributaire de l'octroi ou non des aides à la modernisation.

Avec un report intégral de la hausse de 26,85€/mois sur la redevance, le loyer passerait alors en N+1 à 780+26,85 soit 806,85€/mois. La question de la solvabilité de certains résidents sera à vérifier en fonction des montants de l'APL versé par la CAF notamment.

### **3.2.3 Les nouveaux besoins en personnel : une perspective de formation**

L'annonce de la diminution de capacité du logement-foyer a suscité les premières questions de la part du délégué du personnel et de son suppléant.

Les changements envisagés de réduire à 63 logements le logement-foyer, implique une réduction des effectifs affectés à celui-ci. Quelles vont être les répercussions sur le personnel ? Lors de la réunion avec l'ensemble du personnel cette question a pris le pas sur le projet qui, une fois expliqué a davantage suscité de commentaires sur les répercussions au niveau du personnel.

En premier lieu j'indique que la partie administrative sera commune aux deux secteurs. Seule une répartition horaire s'effectuera au prorata du nombre de places sur chacun.

Le tableau en annexe 5 indique la composition actuelle du personnel, pour le logement-foyer réduit à 63 places, et le redéploiement envisagée sur le secteur EHPAD.

Cette évolution s'effectuera selon trois modalités :

Par voie de recrutement qui sera majoritaire pour l'entité EHPAD, pour les soins d'une part et pour la dépendance d'autre part, pour les postes d'infirmières et d'aides soignantes.

Par adaptation au poste, avec une formation sur la base d'un volontariat ou par une redistribution de la charge de travail entre les deux secteurs pour la partie administrative et entretien.

Par conservation du poste tel qu'il était quand le salarié désire rester travailler au logement-foyer.

Les opportunités de formation sont en relation directe avec nouveaux types de prises en charges, spécifiques à la dépendance telles que :

En restauration : Aides à l'alimentation,

Transfert des personnes dépendantes, de chez elle à la salle à manger,

- En entretien : Nouvelle buanderie prise en compte du linge personnel des résidents,  
Nettoyage des sols. Désinfections spécifiques, intervention dans le studio,
- En soins : Possibilité offerte de suivre une formation qualifiante d'agents de services, ou pour le métier d'aides soignantes,
- Animation : Construction de projets d'animations adaptés selon l'autonomie des personnes.

J'encourage le personnel qui le souhaite à acquérir par le biais de la formation d'autres compétences. Cela permet de sortir de la routine, et par là même, aide à lutter contre l'usure professionnelle. C'est la possibilité pour ceux qui en ont envie d'améliorer leurs connaissances et pouvoir ainsi adopter une posture d'aidants ou de soignants plus marquée qu'en logement-foyer. Il s'agit aussi de la rencontre entre la culture sociale et la culture sanitaire autour d'un projet au bénéfice de la personne âgée. Cette rencontre au sein d'un même établissement est fondamentale dans la volonté de réussir une prise en charge globale, de l'accueil temporaire à l'EHPAD. C'est un travail d'équipe qui se nourrit jour après jour. Ainsi, j'ai impliqué les intervenants dans les réunions de coordination. Autre conséquence de cette création, le remplacement des intervenants extérieurs par le personnel médical et paramédical de l'établissement dans le cadre du conventionnement tripartite. A cette occasion, la question du passage d'un personnel de soins à un autre a été abordé pour que ce changement ne soit pas vécu par la personne âgée de manière brutale. Des réunions de concertations seront organisées pour assurer la coordination à ce niveau.

### **3.3 LA MISE EN ŒUVRE : LA CONVENTION TRIPARTITE MOTEUR DE LA DEMARCHE QUALITE.**

La convention tripartite individualise les objectifs que se fixent les contractants. Son cahier des charges dans son article 2 « Principes fondateurs de la convention » indique bien que les signataires s'inscrivent dans une démarche d'assurance qualité, constituant un « contrat de progrès » pour chacune des parties.

Avec l'outil ANGELIQUE mis en place par la mission MARTHE (Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement), la convention tripartite

donne une dimension dynamique de la gestion des établissements dans ses trois axes : l'hébergement, la prise en charge de la dépendance, et l'organisation des soins.

### **3.3.1. L'auto-évaluation : une réflexion en profondeur des missions et objectifs de l'établissement**

L'auto-évaluation a été réalisée par les trois groupes travail qui associaient résidents, familles et membres du personnel. La synthèse des réponses faites par le comité de pilotage ont fait ressortir les points forts et les points faibles suivants :

#### Les points forts :

- situation calme, cadre agréable, proche des services. Terrasse ombragée donnant sur salle de restauration,
- les trottoirs et les stationnements ont été refaits, avec plantation d'arbres et aménagements paysagés tout le long de la résidence. Prestation offerte par la mairie, exécutée dans les mois qui ont suivi la première enquête. Face à l'entrée, les bordures sont surbaissées pour faciliter l'accès des personnes,
- liberté des résidents respectée au niveau des visites; peuvent aller et venir à leur gré.
- le personnel respecte l'intimité des personnes. Bon accueil et écoute,
- restauration avec menus adaptés au goût des résidents ou conformément aux avis médicaux, (la cuisine répond aux normes HACCP)
- les réclamations peuvent être exprimées librement. Boîte à suggestion. Directeur accessible,
- protocole d'admission : dossier de pré-admission : rencontre avec moi-même, visite de l'établissement,
- un contrat de séjour spécifique à l'accueil temporaire, et un contrat pour l'hébergement en studio, remis avec la charte des droits et liberté de la personne âgée accueillie<sup>39</sup>,
- studios spacieux et remis propre à chaque changement de location, dotés de deux appels d'urgence,
- des activités extérieures sont proposées mais manque de variétés,
- animations fréquentes mais répétitives,
- présence de bénévoles intervenants pour quelques animations,
- plan de formation formalisé,
- droits et libertés de la personne âgée dépendante affichés.

#### Les points faibles :

---

<sup>39</sup> Selon l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002.

- les parties communes (couloirs, escaliers, hall d'entrée, paliers) ont un aspect vieillot, et manque de clarté,
- pas de projet d'établissement,
- pas de projet individualisé,
- pas de règlement de fonctionnement,
- pas de conventions signées formalisant les partenariats avec les services d'aides à domicile,
- culture de l'écrit faible,
- manque d'intégration dans le réseau gérontologique locale et départemental
- pas de personnel soignant, que des intervenants extérieurs,
- dossier administratif individuel seulement,( pas de dossier de suivi du parcours du résident au logement-foyer où pourrait être indiqué ses centres d'intérêts par exemple),
- pas de projet d'animations structuré et écrit,
- accueil temporaire sous utilisé,
- l'établissement n'est pas conforme aux normes de sécurité,
- salle de gymnastique non utilisable.

Certains points mentionnés se retrouvaient déjà dans l'enquête interne de satisfaction. Avec l'auto-évaluation le processus aborde de façon plus complète l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, surtout en s'intéressant aux prises en charges des soins et de la dépendance. A partir de cet état des lieux qui va servir de base à la négociation de la convention tripartite, des objectifs à court terme, moyen terme et plus long terme vont être fixés.

Le comité de pilotage détermine le planning des travaux sur les cinq années à venir. Il élaborera les projets d'établissement et de vie globale.

Les groupes de travail vont plancher sur les projets d'animation et de soins avec le personnel soignant prévu. Ils élaboreront le règlement de fonctionnement que l'on appelle aussi le règlement intérieur. Celui-ci sert à définir les règles générales d'organisation et de fonctionnement de la résidence. Les règles et devoirs que nous imposent à tous la vie en communauté y sont énoncés. Je porterai une attention particulière à ce que le rôle et la place de la famille, ainsi que le conseil de vie sociale soient valorisés. De cette manière, tous les acteurs sont impliqués dans la future organisation de l'établissement. Les échanges enrichissent tous les participants et permettent la mobilisation du personnel pour optimiser les pratiques dans l'intérêt de la personne âgée.

### **3.3.2. Le dossier de conventionnement**

Dans mon approche avec les services de la DDASS et du conseil général, lors des premières rencontres pour leur exposer le projet et récolter leurs commentaires sur l'opportunité et la faisabilité potentielle de celui-ci, j'avais choisi de préparer un avant-projet . Le but était de susciter l'intérêt de ce projet, de montrer les besoins auxquels il répondait, et qu'il s'inscrivait dans une démarche de prise en compte du bien-être des usagers. Les objectifs de la convention sont explicites en la matière et visent à garantir « à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ».

Mon action fut de montrer le bien fondé de ma démarche. La sectorisation partielle qui permet au résident devenu dépendant de ne pas vivre le stress d'un déracinement en partant ailleurs alors que sa volonté clairement exprimée est de finir ses jours sur place. La possibilité d'offrir un choix supplémentaire dans son mode de prise en charge. Je propose un panel de services et prestations qui suivra la vie du résident : le parcours de vie harmonieux. La diminution des places du logement-foyer qui s'inscrit dans la politique nationale et départementale de la médicalisation progressive des logements-foyers.

La convention tripartite est un contrat sur cinq ans tel que définit par le décret n°99-316 du 26 avril 1999. Il fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle. Celui-ci personnalise le contenu et les objectifs que vont se fixer les contractants au travers de nombreuses recommandations portant sur les points suivants :

- garantir et améliorer la qualité de la prise en charge des résidents en fixant les moyens qui seront mis en place en terme de projet, de formation du personnel et d'agencement architectural des espaces tant privés que collectifs.

- définir les objectifs d'évolution de l'établissement sur les cinq années de contrat en précisant l'adaptation nécessaire des moyens et des financements pour les atteindre graduellement. Les données sur les activités initiales de l'établissement sont nécessaires pour mesurer son degré d'évolution. Des ajustements peuvent être opérés au cours de la période de conventionnement. Les moyens énumérés pour atteindre ces objectifs sont le projet institutionnel qui formalise le projet de vie et de soins, l'évolution du tableau des effectifs, le plan pluriannuel des investissements et de leurs financements, les modalités d'inscription de la structure dans un réseau gérontologique local, et sa place dans le schéma gérontologique départemental.

- proposer des indicateurs simples, représentatifs de la qualité de vie des résidents pour évaluer l'exécution du dispositif conventionnel. L'arrêté du 26 avril 1999 décline une série d'indicateurs à partir des conditions de vie des personnes âgées, de la formation et la

qualification du personnel, et des relations avec l'environnement et l'intégration de l'établissement dans la vie sociale.

Un dossier initial de pré-conventionnement a été déposé aux services de la DDASS qui représente l'Etat, et auprès du directeur de la solidarité départementale, représentant le conseil général. Ce document doit fournir aux contractants une lisibilité des activités de l'établissement et des actions à venir dans un souci de collaboration claire. La série de documents demandés sont les suivants: identification de l'établissement, situation et description de la résidence, statut de l'organisme gestionnaire, les procès verbaux de la commission sécurité , ceux des services vétérinaires pour les normes de restauration, les effectifs actuels et ceux prévus, le GIR des résidents, l'auto-évaluation réalisée à l'aide de l'outil ANGELIQUE, le contrat de séjour logement-foyer ; vient ensuite la partie projet avec les objectifs, budget prévisionnel, les investissements, le projet d'établissement, le livret d'accueil, projet de vie . A ce stade, je suis à la première étape du processus de conventionnement. Des ajustements auront lieu en cours négociation.

Si la convention tripartite constitue une autorisation d'accueil des personnes âgées dépendantes, celle-ci est indépendante de celles de création et de fonctionnement.

### **3.3.3. Le dossier CROMS**

Le projet d'extension repose sur la création d'une unité EHPAD par redéploiement des résidents pour une capacité de 20 lits.

Avant de démarrer la préparation du dossier j'ai entamé une série de consultations des responsables du pôle personnes âgées afin de pouvoir mieux insérer mon projet dans le contexte local et départemental. Le maire bien sûr est incontournable, et représente un appui important d'autant qu'il siège à la commission de la solidarité départementale handicap et dépendance. Au conseil général, j'ai rencontré le directeur du pôle personnes âgées m'a permis d'exposer brièvement mon projet et de mettre en avant l'avantage pour les personnes âgées de pouvoir continuer leur séjour au même endroit malgré leur dépendance. Ces diverses consultations m'ont appris qu'il s'agissait d'une première dans le département du moins. Un seul établissement comprend dans son enceinte deux bâtiments vraiment séparés, l'un logement-foyer, l'autre EHPAD ; situation en place depuis quelques années déjà.

Conformément à l'article 37 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, le passage en CROMS est obligatoire pour ce projet car aux Tourelles il n'existait aucune formule de dispenses de soins telles que la cure médicale ou le forfait de soins courants. De plus, l'article L-312-1 du CASF soumet à une autorisation obligatoire toute création ou transformation supérieure à 15 lits.

Le décret 2003-1135 du 20 novembre 2003 précise les éléments obligatoires que doivent comporter la demande d'autorisation. Le dossier comportera une étude des besoins en rapport avec le schéma gérontologique départemental, un avant-projet d'établissement, les dispositions propres à garantir le droit des usagers, un dossier financier. Le dépôt c'est effectué dans le créneau de la deuxième fenêtre de l'année (1<sup>er</sup> mai, 30 juin) concernant les établissements qui accueillent des personnes âgées. L'instruction du dossier doit se tenir en novembre.

La fonction du comité est de s'assurer de la légitimité et de la cohérence du projet avec le schéma départemental, dans le respect des normes et de la qualité des services et prestations. En cela, elle rejoint les préoccupations de la convention tripartite. Les prérogatives de chacune des parties se rejoignent.

#### **3.3.4. Les financements possibles : atténuer le report de la charge sur les résidents, assurer une prévisible augmentation de la dépendance dans les années à venir**

L'amélioration de la prise en charge des résidents dépendants nécessite dans le cadre du conventionnement partiel, un ensemble de moyens d'ordre matériel et humain.

Les discussions avec les autorités de tarification d'un côté, et le bailleur social de l'autre ont pour but :

- de faire baisser le coût des travaux autant que possible, pour que le bailleur social puisse nous appliquer en retour une redevance la moins élevée possible garantissant la solvabilité de nos résidents précaires.

- de faire prendre en charge le personnel et le matériel nécessaires, mais surtout de pouvoir suivre le nombre des effectifs en fonction de la lourdeur de la prise en charge ou dans le cadre de l'intensification des programmes de prévention des facteurs de dépendance que je prévois de monter en puissance.( renforcement des animations et activités spécifiques telles que :

  - la gymnastique douce, (réhabilitation de la salle de gymnastique au sous-sol)

  - la prévention des chutes,

  - la prévention des escarres,(avec l'équipe soignante)

  - combattre le confinement au lit ou au fauteuil (achat d'aides techniques spécifiques)<sup>40</sup>,

---

<sup>40</sup>Pras P., Gonzalès L., Garros J.C., *Verticalisation précoce en pratique gériatrique*, Progrès en médecine physique et de réadaptation, 2<sup>ème</sup> série sous la direction de L. Simon, J. Pelissier, Ch. Hérisson, Editions Masson, 1998.

atelier mémoire,

mais aussi, la prise en charge d'intervenants extérieurs dans le cadre renforcé du maintien des capacités existantes.(pédicure-podologue, ergothérapeute, psychologue).

Enfin, un renforcement à terme du travail de coordination du médecin, aussi bien en externe, soit avec les médecins traitants des locataires du logement-foyer en prévision d'un accueil d'un résident dépendant dans le secteur EHPAD, soit avec l'hôpital lors des départs ou retour d'hospitalisation de la personne âgée ; puis en interne peut mieux encadrer et soutenir le personnel soignant.

Les discussions avec le propriétaire, bailleur social HLM, ont permis d'identifier deux types d'aides :

Concernant les travaux d'aménagement des studios, le bailleur social HLM peut bénéficier d'une mesure fiscale en terme de réduction du montant de la TVA (taxe sur la valeur ajoutée) à 5,5% au lieu du 19,6% serait normalement applicable selon l'article 278 sexies du code général des impôts portant sur les livraisons à soi-même de logements locatifs sociaux.

Le concours de la CNSA<sup>41</sup> permettrait d'adoucir le poids des travaux. En effet, celle-ci a vocation à s'affirmer comme l'acteur principal du soutien à l'investissement notamment en faveur des EHPAD. Parmi les priorités sont mentionnés les projets qui s'accompagnent de l'engagement de l'établissement à une convention de médicalisation selon la réforme tarifaire.( convention tripartite).

Reste à considérer la perte de revenus liée aux travaux. J'ai demandé à l'architecte de prévoir un ordonnancement de ceux-ci de manière à jouer au mieux aux « chaises musicales ». Les travaux peuvent être exécutés étage par étage. Ce qui signifie l'absence de 5 personnes par étage pendant les deux mois de durée estimée de ceux-ci par niveau. Si l'on commence par l'aménagement des trois studios du rez-de-chaussée, ceux-ci permettront d'accueillir trois résidents des étages en travaux. Resteront deux résidents à loger. Je compte utiliser les deux chambres d'accueil temporaire pour les accueillir. Tout cela se fera en concertation avec l'ensemble des résidents concernés et leur famille. Dans ce cas la redevance sera diminuée de moitié. De plus, le mobilier des résidents relogés sera temporairement stocké dans le sous-sol du logement-foyer.

---

<sup>41</sup> La compétence de la CNSA en matière d'investissement a été confortée en 2006 par l'article 51-III de la LFSS2006, qui lui permet d'utiliser des crédits pour « la mise aux normes techniques et de sécurité, et la modernisation des locaux des établissements et de » services

J'ai estimé le montant minimal de perte de redevance loyer à 6200€. Ce montant est dans l'état actuel des choses absorbable.

Contenir les coûts supportés par l'utilisateur est un objectif de la politique publique. En tant que directeur, opérateur social je me dois de veiller aux possibilités d'atténuation des charges afin de minimiser la fraction du coût supporté par l'utilisateur. Nous avons à subir une évolution constante des normes, des exigences de tout bord en matière de sécurité, et d'amélioration de la qualité ou du niveau des prestations dont les coûts se répercutent trop exclusivement sur le montant de l'hébergement payé par le seul résident.

Les financements accordés à un EHPAD dans la cadre de la convention tripartite sont conditionnés à la mise en place des modalités de son évaluation.

Il devient donc nécessaire de pouvoir mesurer ce que l'on fait pour confronter ses performances actuelles avec celles passées, de quantifier ses résultats, de les comparer avec les objectifs préalablement fixés.

### **3.3.5. L'évaluation et perspectives**

Le choix de signer une convention tripartite pluriannuelle sur une partie de l'établissement, a comme objectif de répondre à une attente souvent exprimée par les résidents et relayée par leur famille de demeurer aux Tourelles malgré une dépendance forte.

Les autorités de tarification qui ont accepté cette configuration peu courante sont intéressées de suivre l'évolution de l'établissement.

Un premier indicateur concernera le nombre de personnes âgées de l'EHPAD venant du logement-foyer. Pour l'instant celle-ci se nourrit des grands dépendants du logement-foyer. Il sera intéressant de suivre dans le temps son évolution. Celui du nombre de résidents qui quitte l'établissement sera tout aussi instructif à condition d'être accompagné des raisons de son départ.

Un indice de satisfaction sera mis en place pour mesurer celui des résidents entrés à l'EHPAD. Celui-ci se complètera par celui de la satisfaction de la famille du résident. Le stress du déracinement évité, la vie dans la section EHPAD est-elle perçue favorablement ?

Le deuxième indicateur à suivre sera le taux et le type de dépendance au logement-foyer, et à l'EHPAD. Ceci permettra de vérifier si l'unité de vingt lits reste bien dimensionnée face à la montée de la dépendance et aux pathologies.

J'ai mis l'accent sur la lutte contre les facteurs de dépendance. L'importance du projet d'animation dans cette action nécessite la mise en place d'indicateurs pour l'évaluer :

- La fréquence de chacune d'elle,
- le nombre de personnes qui y assiste,
- l'appréciation du participant.

Concernant la participation de la personne âgée, une fiche de présence sera élaborée afin de suivre l'intérêt et le dynamisme de la personne.

J'ai parlé de la sous utilisation de l'accueil temporaire. Une série de contact avec les partenaires extérieurs (CLIC<sup>42</sup>, travailleurs sociaux, services d'aides à domicile ). Le taux d'occupation des accueils temporaires et la raison de leur utilisation seront indiqués.

La mise en place de la démarche qualité, requiert une implication permanente des équipes et de ceux qui les constituent. La réalisation des documents doit être effective dans les délais déterminés par le comité de pilotage en accord avec chaque groupe de travail. Dès lors, les indicateurs d'avancements des travaux permettront de se réajuster en cas de retard. Les perspectives pour l'établissement rejoignent celle du parcours de vie harmonieux entre le séjour temporaire et l'arrivée dans le secteur EHPAD. Optimiser l'accueil des personnes âgées dépendantes et diversifier l'offre de prise en charge.

La difficulté de prendre en charge les grands désorientés est un point faible constaté dans le projet. Or, les politiques publiques mettent l'emphasis sur leur accompagnement. Devant la progression annoncée de ces pathologies, l'intérêt de pouvoir bâtir une unité de vie de type CANTOU aux Tourelles se concevrait parfaitement. De la même façon, pour la prise en charge des adultes handicapés vieillissants.

Cela nécessiterait que la mairie accepte de céder une partie d'un parc communal situé en bordure de l'établissement afin d'y ajouter un pavillon réservé à la population Alzheimer. La présence d'une deuxième entité dédiée aux adultes handicapés âgés compléterait le projet en offrant une alternative supplémentaire à cette catégorie de population.

A ce stade, l'établissement serait en mesure de proposer une palette élargie d'offre de services dans une sorte de village gérontologique adaptée à la prise en charge évolutive de la personne âgée.

### **Conclusion 3ème partie**

L'absence de choix autre que celui d'un départ hors du logement-foyer, de la personne âgée devenue très dépendante, trouve son issue dans le conventionnement partiel de l'établissement. Dans ce cas, la réduction du nombre de studios au logement-foyer s'accompagne d'une création de places en lits médicalisés dans une aile du bâtiment. Cette solution offerte à la personne âgée lui évite le stress d'un déracinement.

L'ossature du projet d'établissement repose sur ce continuum de prise en charge que le résident va trouver aux Tourelles depuis un séjour temporaire possible, la location d'un studio en toute autonomie, et l'arrivée dans le secteur médicalisé quand la grande dépendance s'installe.

---

<sup>42</sup> Centre Local d'Information et de Coordination.

Pour le personnel, l'arrivée dans l'établissement de l'équipe de soignants est l'occasion de confronter la logique sanitaire de l'EHPAD et celle sociale du logement-foyer.

Par ailleurs, la signature d'une convention tripartite oblige à démarrer une démarche qualité qui va diffuser au-delà de la seule unité médicalisée. Des groupes de travail constitués suite à l'auto-évaluation réunissent résidents, familles et personnel pour bâtir ensemble un projet global de prise en charge. A travers l'élaboration des projets d'établissement, de vie, du règlement intérieur, du projet d'animation, chacun s'approprie une partie de l'esprit et de l'organisation de l'établissement donnant à cette démarche collective une dimension commune de progrès.

## **CONCLUSION GENERALE**

Nous sommes face à un vieillissement de la population qui s'accélère. Depuis longtemps, les politiques de prise en charge de la personne âgée oscillent entre maintien à domicile et maison de retraite, selon un schéma binaire. Les logements-foyers, substituts collectifs du domicile se trouvent à leur tour confrontés à ce vieillissement et à son corollaire que représente la dépendance. Malgré les mesures transitoires d'aides aux soins octroyées par le biais des cures médicales ou les forfaits de soins courants, les logements-foyers sont devenus de moins en moins adaptés à un accueil décent et sécuritaire de cette population. Outre les problèmes d'accessibilité, les normes de sécurité désuètes sont venues péjorer leur situation par la présence trop importante de personnes très dépendantes. La solution qui consiste à placer dans une maison de retraite le résident devenu dépendant lui occasionne très souvent un grand stress et une attitude de rejet.

Ce départ, très douloureux pour la plupart des résidents est vécu comme un déracinement. La perte de leurs points de repères sera source de troubles cognitifs supplémentaires. Je n'ai pas d'alternative à proposer à l'usager qui exprime clairement sa volonté de rester chez lui jusqu'à la fin. Celui-ci ne peut donc pas exercer pleinement son autonomie de choix pour son propre mode de vie.

La réforme tarifaire qui a bousculé les habitudes de financement, a posé le principe d'un processus de démarche qualité pour la prise en charge de la dépendance, du soin et de l'hébergement. Après bien des rapports sur l'évolution que devait prendre ou ne pas prendre les logements-foyers en matière d'accueil des personnes dépendantes, trois possibilités sont maintenant possibles. Celle qui retient toute mon attention est la sectorisation partielle du logement-foyer, identifiant deux secteurs, l'un devenant EHPAD dans le cadre de la signature d'une convention tripartite, l'autre restant foyer. Avoir la possibilité d'offrir une alternative de mode de vie à la personne âgée c'est lui redonner la part de considération à laquelle tout être humain a droit.

L'institution est engagée dans une démarche qualité qui rassemble tous les acteurs autour du projet de conventionnement partiel d'établissement. Le logement-foyer étoffe sa gamme de prestations : depuis l'accueil temporaire d'essai ou non, au séjour en logement indépendant, à maintenant les 20 studios en secteur médicalisé, nous mettons en place un parcours de vie du résident que toute l'équipe tendra à rendre le plus harmonieux possible.

Beaucoup de travail reste à faire. Le secteur est toujours en mouvement. D'autres mesures alternatives de prise en charge de la personne âgée sont possibles à travers les réseaux gérontologiques notamment, dans lequel le logement-foyer pourra apporter sa contribution.

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES :

-**AGAËSSE M.**, *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*, Paris, Dunod, 2004, 695 p.

-**DUPRE-LEVEQUE D.**, *Une ethnologue en maison de retraite*, Paris, éditions des archives contemporaines, 2001, 122 p.

-**JAEGER M.**, *Guide du secteur social et médico-social*, Paris, Dunod, 6<sup>ème</sup> édition, 2007, 296p.

-**JEANDEL C.**, *Vieillir au XXI<sup>ème</sup> siècle, une nouvelle donne*, collection Le tour du sujet, Universalis, 2004, 194 p.

-**LOUBAT J. R.**, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2006, 391 p.

-**LEFEVRE P.** , *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 2003, 405 p.

-**GUERIN S.** , *L'invention des seniors*, Paris, Hachette littératures, 2002, 187 p.

-**MIRAMON J.M.**, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, Ed. ENSP, 1996, 105p.

### ETUDES :

**ETUDE INSEE**, *Données sociales, la société française*, INSEE références, Paris, 2006, 667p.

**ETUDE INSEE**, *Les personnes âgées*, INSEE références, Paris, 2005, 135p.

**REPERES**, *Dépendance des personnes âgées en Languedoc-Roussillon*, Synthèse pour l'économie du Languedoc-Roussillon, INSEE, n° 10 septembre 2002.

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE 1 : Les fonctions essentiels des structures d'hébergement pour personnes âgées telles que mentionnées dans la circulaire Francheschi
- ANNEXE 2 : Définition des GIR
- ANNEXE 3 : Tableau de calcul du GMP de l'établissement, les Tourelles
- ANNEXE 4 : Liste des questions de l'enquête de satisfaction et de l'évaluation des besoins et des prestations du logement-foyer les Tourelles
- ANNEXE 5 : Tableau du redéploiement de personnel du logement-foyer sur l'EHPAD

## ANNEXE 1

### Les fonctions essentielles des structures d'hébergement pour personnes âgées telles que mentionnées dans la circulaire Francheschi :

- Accueillir des retraités avant leur perte d'autonomie.
- Organiser une animation inter-âge et une information de qualité
- Entretenir le corps et l'esprit des résidents médicalement.
- Aménager une partie en lits médicalisés
- Préserver l'intimité, le confort, l'hygiène
- Prévoir le temps de nursing qui croît proportionnellement à la dépendance
- Proposer une gymnastique appropriée
- Favoriser la réinsertion sociale des personnes âgées par l'apprentissage et les pratiques d'activités ludiques
- Dessiner les bases d'une coordination gérontologique
- Proposer l'élaboration de Plans Gérontologiques.

## ANNEXE 2

### Définition des GIR :

#### **LA GRILLE AGGIR CLASSE LES PERSONNES EN 6 NIVEAUX DE DEPENDANCE :**

- **GIR 1**

- le **groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants

- **GIR 2**

- le **groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

- **GIR 3**

- le **groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

- **GIR 4**

- le **groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

- **GIR 5**

- le **groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

- **GIR 6**

- le **groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

#### EVALUATION :

**A** : fait seul(e), totalement, habituellement, correctement

**B** : fait partiellement, non habituellement, non correctement

**C** : ne fait pas

Cette grille est fondée sur l'observation des activités quotidiennes qu'effectue seule la personne âgée. Elle comprend :

d'une part, 10 variables dites discriminantes en rapport avec la perte d'autonomie physique et cognitif,

d'autre part 7 variables dites illustratives en rapport avec la perte d'autonomie domestique et sociale.

Ces variables permettent de distinguer trois cas de figures :

- Une forte perte d'autonomie.
- Une perte d'autonomie partielle.
- Une absence de perte d'autonomie.

### ANNEXE 3

Tableau de calcul du GMP de l'établissement, les Tourelles :

Groupe Iso-ressources	Effectif	Points dépendance	Charge total par GIR	Pourcentage
GIR 1	1	1 000	1 000	3,5%
GIR 2	9	840	7 560	26,7%
GIR 3	14	660	9 240	32,7%
Sous-total			17 800	62,9%
GIR 4	13	420	5 460	19,3%
GIR 5	10	250	2 500	8,8%
GIR 6	36	70	2 520	8,9%
Sous-total			10 480	37%
Total	83		28 280	100%

Le GMP (GIR moyen pondéré) se calcule comme suit :  $28\,280 / 83 = 340,7$

## ANNEXE 4

Liste des questions de l'enquête de satisfaction et de l'évaluation des besoins et des prestations du logement-foyer les Tourelles :

<b>ENQUÊTE DE SATISFACTION SUR LES SERVICES ACTUELS AU L.F. LES TOURELLES</b>	<b>EVALUATION DES BESOINS SUR LES SERVICES ET PRESTATIONS DU L.F. LES TOURELLES</b>
REPONDEZ AUX QUESTIONS EN COCHANT DANS LA COLONNE DE VOTRE CHOIX UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION EST POSSIBLE	REPONDEZ PAR "OUI" PAR "NON" AUX QUESTIONS N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE VOS SUGGESTIONS
<b>LES LOCAUX ET LA SECURITE</b>	<b>LES LOCAUX ET LA SECURITE</b>
Au niveau du confort de l'établissement et du cadre de vie, vous sentez-vous...?	Seriez-vous favorables à mise en place d'un système de téléalarme par collier ou bracelet, à un coût raisonnable discuté à l'avance?
Au niveau du confort des appartements êtes-vous..?	Possibilité d'avoir un petit salon privatif pour accueillir amis ou famille?
La possibilité de personnaliser votre lieu de vie vous paraît-elle..?	
Le système de téléalarme actuel (à la tête de lit et dans la salle de bains) est-il..?	Portes d'entrée à ouverture et fermeture automatique?
Concernant la présence d'un gardien de nuit en astreinte à son domicile une nuit sur deux, vous êtes?	<i>Vos suggestions:</i>
Sur votre appréciation de la sécurité qui est offerte, vous déclarez-vous..?	
L'accessibilité et le stationnement vous semblent-ils..?	
<b>L'ACCUEIL DU PERSONNEL AU QUOTIDIEN:</b>	<b>LE PERSONNEL AU QUOTIDIEN:</b>
L'écoute du personnel à votre égard.	Pour une surveillance 24h sur 24 de l'établissement avec présence sur place?
L'attitude du personnel à votre égard et vis à vis de votre famille.	La présence de personnel plus médico-social (veiller à l'exécution des soins prescrits par le médecin traitant, faciliter le recours à du personnel paramédical)?
Disponibilité du personnel.	
Votre liberté d'expression et celle de vos proches.	
Le respect de votre dignité.	
Le respect de votre intimité.	
le respect de votre libre arbitre.	<i>Vos suggestions:</i>
<b>L'ENTRETIEN ET LES PRESTATIONS:</b>	<b>L'ENTRETIEN ET LES PRESTATIONS:</b>
La propreté des locaux communs vous paraît-elle..?	Pensez-vous qu'un service de maintenance technique mensuel
Le service de buanderie, repassage.	Pensez-vous qu'un service de ménage des appartements vous serez utile?
La restauration.	Seriez-vous favorables à la mise en place en interne de prestations d'aides à la vie: toilette ponctuelle, surveillance rapprochée, avec du personnel tel qu'une aide-soignante?
Le service de gardiennage actuel vous paraît-il..?	Seriez-vous favorables à des prestations telles que coiffure, pédicure?
	<i>Vos suggestions:</i>

Liste des questions de l'enquête de satisfaction et de l'évaluation des besoins et des prestations du logement-foyer les Tourelles :

(Suite)

<b>ENQUÊTE DE SATISFACTION SUR LES SERVICES ACTUELS AU L.F. LES TOURELLES</b>	<b>EVALUATION DES BESOINS SUR LES SERVICES ET PRESTATIONS DU L.F. LES TOURELLES</b>
REPONDEZ AUX QUESTIONS EN COCHANT DANS LA COLONNE DE VOTRE CHOIX UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION EST POSSIBLE	REPONDEZ PAR "OUI" PAR "NON" AUX QUESTIONS N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE VOS SUGGESTIONS
<b>LE SYSTEME D'INFORMATION DANS L'ETABLISSEMENT:</b>	<b>LE SYSTEME D'INFORMATION:</b>
Les supports de communication en place sont-ils..?	Aimeriez-vous avoir un organigramme du personnel avec photos?
L'accès à l'information.	Aimeriez-vous un journal des résidents?
	Souhaitez-vous avoir un livret d'accueil modernisé?
La rapidité de l'information à vous parvenir est-elle..?	Aimeriez vous un tableau d'affichage plus grand et mieux organisé?
	<i><b>Vos suggestions:</b></i>
<b>LES ANIMATIONS ET LES SORTIES</b>	<b>LES ANIMATIONS ET LES SORTIES</b>
Les animations organisées au sein de l'établissement.	Seriez-vous favorables à la création d'un club café bar tenu par vous mêmes à l'usage des résidents , famille et amis?
La variété de ces animations.	Seriez-vous favorables à la création d'une boutique de produits de dépannage à prix bas?
Le nombre de sorties.	Quels types de produits suggérez-vous?
La possibilité donnée aux familles de participer à celles-ci vous apparaît-elle..?	<i><b>Autres suggestions d'activités:</b></i>
<b>EVOLUTION DES MISSIONS DE L'ETABLISSEMENT:</b>	
Accentuer l'aide au quotidien selon les besoins et les périodes:	
Pouvoir rester dans l'établissement malgré une dépendance élevée:	
Seriez-vous favorables à la mise en place d'activités plus spécifiques pour maintenir ou développer le degré d'autonomie?	
Accepteriez-vous une cohabitation avec une minorité de résidents devenus très dépendants?(en fauteuil roulant par	
Envisagez-vous de finir vos jours dans votre appartement de l'établissement ?	
<i><b>Vos suggestions:</b></i>	

## ANNEXE 5

Tableau du redéploiement de personnel du logement-foyer sur l'EHPAD :

Personnel LF	83 résidents	63 résidents	Redéploiement sur EHPAD	Besoin EHPAD		
				Hébergement	Dépendance	Soins
1 directeur	1	0,8	0,2	0,2		
1 comptable	0,4	0,3	0,1	0,1		
2 secrétaires à 0,5	1	0,8	0,2	0,2		
1 agent de service nettoyage lingerie 0,75	0,75	0,6	0,65	1,26	0,54	
1 agent de service nettoyage lingerie à 0,50	0,5					
1 agent d'entretien à 0,60	0,6	0,75	0,25			
1 agent d'entretien à 0,40	0,4					
1 agent d'entretien concierge à 0,70	0,7	0,7	0	0,28	0,12	
2 agents de restauration	2	1,5	0,5	0,9		
1 animatrice	0,5	0,5	0	0,1		
3 CAE de 87h/ mois pour garde de jour et de nuits à 0,51	1,71	1,2	0,51			
Aide soignante					1,45	3,4
IDE						1,6
Médecin coordonateur						0,08
<b>TOTAL en ETP</b>	<b>9,56</b>	<b>7,15</b>	<b>2,41</b>	<b>3,04</b>	<b>2,11</b>	<b>5,08</b>