



**FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES DROITS DES
PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES AU SEIN D'UN EHPAD
ET D'UN FOYER LOGEMENT PUBLICS**

*S'appuyer sur la réforme de la protection des majeurs pour accompagner
le changement*

Delphine PETITJEAN

2010

cafedes



Remerciements

Je souhaite remercier tout particulièrement Mme Amalberti, directrice de la résidence Cousin de Méricourt et du foyer logement l'Aqueduc pour son accueil au sein de ses établissements et sa disponibilité.

Je remercie les professionnels de l'établissement qui m'ont accordé du temps notamment lors des entretiens, pour leur collaboration et leur disponibilité.

Je remercie également les résidents qui ont participé aux entretiens

Pour finir, je remercie tout mon entourage et mes amis pour leurs soutien et conseils

Sommaire

Introduction	4
PREMIERE PARTIE : Politiques publiques en faveur des personnes âgées vulnérables.....	8
1. Personne vulnérable et majeur protégé : deux notions à définir.....	8
1.1. Qu'est ce qu'une personne vulnérable ?.....	8
1.2. Qu'est ce qu'un majeur protégé ?.....	11
2. Evolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées vulnérables	15
2.1. De la prestation spécifique dépendance (PSD) à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).....	15
2.2. Plans Alzheimer	16
2.3. Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles (2002-2005)	16
2.4. La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.....	18
2.5. Loi du 11 février 2005 en faveur de l'égalité des droits et des chances des personnes âgées et handicapées.....	19
2.6. Dispositions en faveur de la bientraitance.....	19
3. De la loi du 3 janvier 1968 à celle du 5 mars 2007	20
3.1. La législation et ses dérives	20
3.2. Origine et grands principes de la loi du 5 mars 2007	22
3.3. Les droits de la personne renforcés	24
3.4. Renforcement de la solidarité et du soutien familial.....	28
DEUXIEME PARTIE : Prise en charge des majeurs protégés au sein de l'EHPAD et du Foyer Logement : avancées et difficultés.....	30
1. Etat des lieux des établissements à l'externe et à l'interne	30

1.1. Démographie.....	30
1.2. Dispositifs sur le territoire	32
1.3. L'EHPAD Cousin de Méricourt	34
1.4. Le foyer logement l'Aqueduc.....	38
2. Les actions mises en œuvre afin de mieux répondre aux droits et aux besoins des usagers.....	40
2.1. Le projet d'établissement, projet de soins et projet de vie.....	40
2.2. L'exercice des droits et des libertés individuels	50
2.3. Une démarche axée vers la prise en compte permanente des besoins	53
3. Difficultés rencontrées pour une meilleure prise en compte des besoins et des droits des usagers.....	56
3.1. Difficultés d'ordre organisationnel	56
3.2. Difficultés d'ordre éthique	60
TROISIEME PARTIE : Stratégie de direction engagée pour favoriser les droits des résidents	62
1. A destination plus particulièrement des majeurs protégés	62
1.1. Les mandataires judiciaires préposés d'établissement.....	63
1.2. Développement du partenariat	68
1.3. Orientations choisies	70
2. A destination de l'ensemble des résidents.....	77
2.1. Le projet de vie personnalisé	77
2.2. Favoriser une réflexion éthique.....	80
2.3. La diversification des modes d'accueil	81
2.4. Développement du partenariat	81
Conclusion.....	83
1. Bibliographie	85
2. Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation adulte handicapé

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée à l'autonomie

APHP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CASVP : Centre d'action social de la ville de Paris

CCAS : centre communal d'action sociale

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CVS : Conseil de la vie sociale

DIPM : Document individuel de protection des majeurs

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GCSMS : Groupement de coopération social et médicosocial

GHU : Groupement hospitalier universitaire

GIP : Groupement d'intérêt public

GIR : Groupe ISO ressource

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile

HID : Handicap incapacités dépendances

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MASP : Mesure d'accompagnement social personnalisé

ONPMP : Observatoire national des populations de majeurs protégés

PAQUID : Personnes âgées quid

PMP : Pathos moyen pondéré

SMIC : Salaire minimum de croissance

TPSA : Tutelle aux prestations sociales adultes

UDAF : Union départementale des associations familiales

UNAF : Union nationale des associations familiales

USLD : Unité de soins de longue durée

UVP : Unité de vie protégée

Introduction

Le vieillissement de la population a pour corollaire la progression du nombre de personnes en perte d'autonomie physique et psychique. S'il est vrai que la majorité des personnes âgées souhaitent rester chez elles, il n'en demeure pas moins que le maintien à domicile, tout particulièrement pour les plus dépendantes, présente encore de nos jours des limites en termes de possibilité de prise en charge.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dénommés hospices jusque dans les années 80¹, ont depuis leur origine accueilli les personnes âgées les plus fragiles.

La qualité de l'accueil a toutefois bien changé. Aujourd'hui, les établissements ne se contentent plus de soigner mais offrent une vraie prise en charge globale de l'individu prenant en compte ses singularités.

Désormais, les établissements se doivent d'évoluer vers une offre de service plurielle qui créera des conditions d'accueil et d'hébergement proches de la vie au domicile, dans le respect des habitudes de vie de chacun et en faisant en sorte d'alléger au maximum les contraintes imposées par la vie en collectivité. Cette orientation s'inscrit dans une démarche qui se veut à l'écoute des aspirations de toutes les personnes, y compris les plus fragiles.

De par mon expérience en tant que coordinatrice d'un Centre local d'information et de coordination (CLIC) depuis 2003, j'ai pu mesurer les réelles difficultés que peuvent rencontrer au domicile les personnes âgées les plus dépendantes. Cette pratique au quotidien m'a personnellement convaincue que l'accompagnement des personnes âgées les plus fragiles ne peut se faire uniquement à domicile.

Cette constatation est renforcée par le fait que plus de la moitié des personnes accompagnées dans le cadre de la coordination gériatrique sont seules voire isolées. Dans ce contexte, le « maintien » à domicile à « tout prix » peut être un facteur d'isolement voire d'exclusion.

Rester à domicile avec des aides conséquentes représente un coût très important qui peut dépasser le tarif d'un séjour en établissement et rares sont ceux qui peuvent le financer.

Enfin, pour toutes les personnes qui ont des troubles cognitifs sérieux, il arrive un moment où la mise en danger est telle qu'elle nécessite une entrée en institution.

¹ La loi du 30 juin 1975 relative aux établissements sociaux et médico-sociaux, a prévu la disparition des hospices et leur transformation avant 1985 en maison de retraite.

Animée par la volonté de travailler dans l'intérêt des plus fragiles, je souhaite à l'avenir gérer un EHPAD. Par conséquent, j'ai réalisé mon stage dans ce type de structure. La Directrice de la résidence santé Cousin de Méricourt et du foyer l'Aqueduc m'a proposé comme thème de stage de direction d'organiser la mise en place de la réforme des mesures de protection juridique au sein de ses établissements.

Quotidiennement confrontée dans ma pratique professionnelle à la question éthique du respect du droit des vieilles personnes et à la mise en place de mesure de protection juridique, c'est avec grand intérêt que j'ai accepté cette proposition.

De mon point de vue, la bienveillance et la bientraitance doivent être des valeurs qu'un directeur d'EHPAD se doit de promouvoir au sein de son établissement. Elles doivent s'appliquer à l'attention des résidents, mais aussi du personnel.

Toutefois, j'ai bien conscience que gérer un EHPAD dans un contexte de rigueur budgétaire n'est pas une tâche facile. Mais c'est le défi que je me suis lancée en m'engageant dans la formation CAFDES.

La loi de 1975 portant réforme du secteur médico-social, puis la loi du 2 janvier 2002 ont introduit des notions très importantes en matière de droit des personnes, telles que le respect des libertés individuelles, le libre choix et l'accompagnement individualisé.

La personne âgée accueillie en établissement est enfin reconnue légalement comme sujet de droit. Si l'usager est défini par la loi de 2002-2 comme un acteur au cœur d'un dispositif, il n'en reste pas moins que cette reconnaissance au sein des institutions se met en oeuvre très lentement.

Cette dynamique s'est poursuivie à la fois dans le champs sanitaire et médico social par une série de lois qui oeuvrent dans le même sens : la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la loi du 22 avril 2005 relative aux patients en fin de vie, et la loi du 5 mars 2007 portant réforme des mesures de protection juridique.

Cette dernière, à destination plus particulièrement des majeurs protégés, remplace la loi du 3 janvier 1968, qui avait pour objectif initialement de protéger uniquement le patrimoine des personnes atteintes de maladies mentales. Elle réaffirme la protection des biens et des personnes et place ainsi le majeur au centre du dispositif.

L'augmentation de l'espérance de vie et le développement de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées impliquent de fait une augmentation des demandes de mesures de protection juridique.

L'analyse de la situation en France a montré un nombre croissant de personnes sous mesure de protection juridique, entre 700 000 et 800 000 (il risque d'atteindre le million en 2010).

En effet, la loi n'étant plus adaptée à l'évolution de la société, elle a entraîné la mise en place de mesures pour des personnes qui auraient dû relever d'un autre dispositif. C'est le cas pour les personnes en grande difficulté sociale mais qui ne sont pas pour autant dénuées de leur capacité de discernement.

Au sein des EHPAD, l'accueil de personnes fragilisées par le grand âge implique que la direction et les équipes soient particulièrement vigilantes concernant à la fois la protection des personnes vulnérables et la reconnaissance de leur droit.

Cette démarche est d'autant plus complexe que ces personnes en perte d'autonomie ne sont pas forcément en capacité de pouvoir exprimer, ou tout du moins de façon explicite, leur volonté. Ainsi, la désignation d'un représentant légal peut s'avérer nécessaire.

Le Directeur se doit de mettre en place les moyens pour que l'encadrement et les équipes soient soucieux au quotidien du respect de la personne et prennent en compte ses besoins.

Pour mener à bien ces orientations, il devra entre autre développer une politique de formation conséquente qui s'appuiera sur une promotion de la bientraitance au quotidien.

Au sein de la résidence Cousin de Méricourt, établissement public, de 318 places, la part des personnes désorientées est de plus en plus importante (65% en 2008). Ceci est lié d'une part, à l'entrée en institution de plus en plus tardive et d'autre part, à l'augmentation au sein de la population, du nombre de personnes atteintes de démences.

Afin de répondre au mieux aux besoins de ces dernières, l'établissement est constitué depuis 2006 de 5 unités de vie protégées d'une capacité de 17 lits, ce qui représente 85 places.

A cette résidence se rattache le foyer logement de l'Aqueduc de 81 places, situé sur le même terrain et sous la responsabilité de la même directrice. Cet établissement accueille des personnes de 60 ans et plus en situation de grande précarité, fragilisées par leur parcours de vie.

Compte tenu de la particulière vulnérabilité des publics accueillis, une part importante des résidents est sous mesure de protection juridique.

En raison du rôle des curateurs ou tuteurs limité jusqu'à présent à la gestion des biens, les personnes les plus dépendantes n'avaient pas la possibilité d'être représentées pour

exprimer leurs besoins, même les plus élémentaires. Aujourd'hui encore, le personnel constate que les représentants légaux (en dehors de la majorité des familles) des personnes protégées sont peu présents voire absents au sein de l'établissement. Cette absence génère divers problèmes en termes de réponses aux besoins des majeurs protégés, notamment dans le cadre de la prise en charge médicale.

Aujourd'hui, ces deux établissements, gérés par le Centre d'action social de la ville de Paris (CASVP), sont confrontés à la problématique suivante : **Comment accompagner et protéger les résidents les plus fragiles tout en garantissant le respect de leur volonté.**

De par la loi du 5 mars 2007, un changement s'impose aux établissements publics de plus de 80 places. L'évolution de la législation constitue une opportunité d'accompagnement du changement. Cette dynamique s'inscrit dans une démarche de développement de la qualité de prise en charge des résidents.

Ce mémoire s'appuie sur des lectures et recherches documentaires, des documents fournis par les établissements d'accueil de stage ainsi que des données fournies par le service informatique du CASVP. Par ailleurs, j'ai mené des entretiens auprès des résidents sous mesures de protection juridique, du personnel, de professionnels extérieurs à l'établissement (services de mandataires judiciaires, juge, préposé d'établissement, autre établissement médico social public soumis à la même obligation).

Dans un premier temps après avoir défini le public et analysé les données démographiques de cette population en France et en Région parisienne, je présenterai la loi et les changements qu'elle implique pour l'EHPAD et le foyer logement.

Dans un second temps, j'analyserai le profil des résidents des deux établissements, l'organisation et les outils mis en place ainsi que les difficultés de prise en charge des personnes sous protection juridique.

La dernière partie s'attachera à déterminer une stratégie de direction basée sur le diagnostic préalable des forces et des faiblesses des différentes possibilités de réorganisation au vu de la nouvelle législation.

PREMIERE PARTIE : Politiques publiques en faveur des personnes âgées vulnérables.

La réforme de la loi s'est accompagnée d'un changement de vocabulaire. « D'incapable majeur » le terme a évolué vers celui de « majeur protégé vulnérable ». La définition des termes fera donc l'objet de la première partie (1). Dans un second temps je présenterai l'évolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées vulnérables (2). Pour finir, j'étudierai la loi du 5 mars 2007 au travers des changements majeurs qu'elle apporte (3).

1. Personne vulnérable et majeur protégé : deux notions à définir

1.1. Qu'est ce qu'une personne vulnérable ?

Il est difficile d'apporter une définition à ce terme car il regroupe une population très hétérogène. J'aborderai donc la définition sous l'angle littéraire (1.1.1), médical (1.1.2) et juridique (1.1.3).

1.1.1. Définition littéraire

Selon le dictionnaire (Larousse), le mot « vulnérable » trouve son origine dans le mot latin *vulnus*, *vulneris*, la blessure ; la fragilité est la disposition à être brisé (*frangere*). Une personne vulnérable est donc un sujet qui peut être blessé, par définition fragile et sensible, de constitution faible.

Pour le Robert, une personne fragile est une personne de constitution faible et de fonctionnement délicat, sujette à se détériorer ou à être facilement malade.

Lors d'une interview à la radio en mars 2002, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, définit les personnes âgées fragiles de la façon suivante : « *ce sont des personnes très âgées qui ont souvent plusieurs maladies ou plusieurs problèmes de santé à la fois. Ce sont des personnes âgées qui, à l'occasion d'un accident, d'une chute, d'une maladie, découvrent qu'il y a d'autres difficultés comme si c'était une chaîne de difficultés qui se mettait en place, ou en tout cas qu'on découvre à cette occasion* ».

Les notions de fragilité et de maladie sont donc des indicateurs de vulnérabilité. Initialement, la notion de vulnérabilité est apparue en faisant référence uniquement aux enfants. Mais on peut être concerné à tous les âges de la vie, de l'enfance à la vieillesse. Ici c'est plus particulièrement la vulnérabilité de la personne âgée qui fera l'objet de ma réflexion au travers de sa dimension physique, psychique, sociale et familiale.

1.1.2. Définition médicale

D'un point de vue médical², la vulnérabilité est définie comme le risque qu'a une personne âgée, à un moment de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles ou des incapacités étant donné les effets combinés de déficiences et de facteurs modulateurs.

En effet, toutes les personnes âgées ne sont pas vulnérables. Il est important de le souligner car de par l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation de la perte d'autonomie, la société a tendance à assimiler les personnes âgées aux personnes fragiles ou vulnérables.

Par ailleurs, l'aspect médical n'est pas le seul élément à prendre en compte dans la définition d'une personne vulnérable. L'environnement social et économique est également une dimension à ne pas négliger, à titre d'exemple l'isolement de la personne ou ses faibles ressources peuvent être des facteurs de vulnérabilité.

1.1.3. Définition juridique

La définition se retrouve au sein des différents codes : pénal, civil et de l'action sociale et des familles.

Afin de prendre en compte les évolutions de la société et de protéger les plus fragiles, le législateur fait mention au sein du code pénal des personnes vulnérables. Elles sont définies comme étant celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. « *La vulnérabilité peut résulter de l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse³* ».

Plus largement elle concerne : « *les ressortissants étrangers, les enfants, les personnes souffrant d'un handicap mental ou émotionnel, au sens large du terme, les handicapés physiques ou personnes atteintes de maladies physiques, les mères/pères de jeunes enfants, les illettrés, les réfugiés et demandeurs d'asile, les alcooliques et toxicomanes* ». Cette liste a été établie par l'Union européenne.

En droit, la notion de personne vulnérable a été créée afin de mieux protéger les personnes :

- victimes d'agressions (agression sexuelle, physique ou morale). L'article 222-4 du Code pénal prévoit que les actes de tortures et de barbarie sont punis de « *trente ans de réclusion criminelle lorsqu'ils sont commis de manière habituelle sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une*

² Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser, 2002 Edition scientifiques et médicales Elsevier SAS Pierre Godeau

maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur».

- victimes d'abus frauduleux. L'article 313-4 du Code pénal dispose que *«l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, pour obliger ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende».*

Le code civil n'emploie pas les termes de personnes vulnérables dans les articles consacrés aux majeurs protégés. Pourtant, ces derniers sont par définition des personnes vulnérables ; ils bénéficient donc d'une protection particulière.

Selon l'article 425 du Code Civil *« Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelle de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique ».* L'altération des facultés corporelles ou mentales doit être constatée médicalement.

Le code de l'action sociale et des familles (CASF), au travers des articles L116-1, L 311-1 et L.312-1, fait également mention des personnes vulnérables. Le dernier article vise l'ensemble des établissements d'accueil de populations dites vulnérables, qu'il s'agisse de la petite enfance, de la jeunesse, des personnes âgées ou handicapées ou encore des personnes en situation de difficulté sociale.

Au sein du secteur médico-social, c'est la loi du 2 janvier 2002 portant *rénovation de l'action sociale et médico-sociale* qui introduit le terme vulnérable. Elle ajoute aux personnes traditionnellement visées dans le champ de l'action sociale (enfants, personnes âgées et handicapées) les *personnes et familles vulnérables* et plus largement toute personne *en difficulté*.

Dans son ouvrage intitulé « l'articulation du sanitaire et du social – travail social et psychiatrie » Marcel Jaeger évoque une bi-vulnérabilité. Cette dernière serait liée à un double risque : la précarité sociale et le handicap ou une maladie invalidante. Il constate par ailleurs que parmi les personnes bi-vulnérables, plus de la moitié relèvent de troubles psychiques.

³ article 222-3 2° du Code pénal

Les personnes vulnérables constituent donc un groupe de population hétérogène. Parmi celle-ci, deux populations concernent plus particulièrement l'EHPAD et le foyer logement. Il s'agit, respectivement, des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de précarité. Mais c'est plus particulièrement sur la population des majeurs protégés que je vais me pencher au travers de cette réflexion

1.2. Qu'est ce qu'un majeur protégé ?

Le terme de majeur protégé est rattaché à une notion juridique définie dans le code civil (1.2.1). Après que cette population soit déterminée, je présenterai ses caractéristiques démographiques en Iles-de-France (1.2.2).

1.2.1. Aspects juridiques

L'article 488 du Code civil déclare pleinement capables les personnes ayant atteint l'âge de 18 ans. Cependant certains majeurs, à cause d'une altération de leurs facultés mentales ou physiques consécutive à une maladie, à un handicap ou à un affaiblissement, ne peuvent pas pourvoir à leurs intérêts. Ils doivent donc faire l'objet d'une mesure de protection légale, qui réduit, voire supprime, leur capacité d'exercice.

Les régimes qui peuvent leur être appliqués correspondent chacun à une adaptation qui tient compte de la variété des situations dans laquelle un majeur protégé peut se trouver.

- **La sauvegarde de justice** (article 491 du Code civil) concerne :

- Les personnes majeures, qui ont besoin d'être protégées temporairement dans les actes de la vie civile, ou d'être représentées pour certains actes déterminés, du fait de l'altération de leurs facultés mentales, ou lorsque leurs facultés corporelles sont altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté, et pour qui toute autre mesure moins contraignante serait insuffisante.

- Les personnes majeures dont les facultés sont durablement atteintes, et qui sont dans l'attente de la mise en place de mesures plus protectrices (tutelle ou curatelle).

- **La mesure de curatelle** (article 508 du code civil) concerne : les personnes majeures, qui, sans être hors d'état d'agir elles-mêmes, ont besoin d'être assistées ou contrôlées de manière continue dans les actes de la vie civile, du fait de l'altération de leurs facultés mentales, ou lorsque leurs facultés corporelles sont altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté, et pour qui toute autre mesure de protection moins contraignante serait insuffisante.

L'article 512 du code civil prévoit la possibilité d'une curatelle dite renforcée. Dans ce cas, le curateur perçoit les revenus de la personne et assure lui-même le règlement des dépenses. Cependant, il doit rendre compte de sa gestion à son protégé ainsi qu'au juge.

- La mesure de tutelle concerne :

Les personnes majeures ayant besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile, du fait de l'altération de leurs facultés mentales, ou lorsque leurs facultés corporelles sont altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté, et pour qui toute autre mesure de protection moins contraignante (curatelle, sauvegarde de justice) serait insuffisante.

Après les termes d'incapable puis de majeur protégé, la loi du 5 mars 2007 évoque le terme de personne vulnérable.

1.2.2. Aspects démographiques

Alors que les majeurs protégés représentent plus de 800 000 personnes en France, nous n'avions jusqu'à récemment aucune connaissance de cette population. A noter que ce chiffre n'est par ailleurs qu'une estimation. Compte-tenu de cette situation, l'U.N.A.F⁴ a mis en place un observatoire national des populations de majeurs protégés (ONPMP), qui réalise chaque année une étude exhaustive de la population majeure protégée (tutelle, curatelle, TPSA⁵) dont la mesure de protection est assurée par une Union départementale des associations familiales (UDAF), soit près de 140 000 personnes.

1.2.2.1. L'âge des majeurs protégés en France

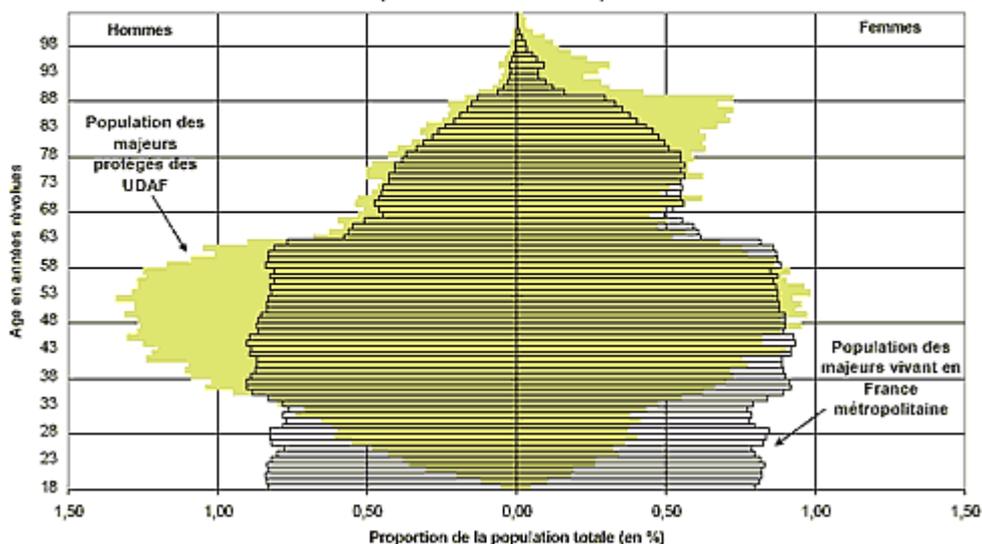
Cette étude indique que les 30-60 ans représentent une part importante de la population des majeurs protégés (58%) alors que les moins de 30 ans regroupent à peine 8% de cette population et les plus de 60 ans environ 35%. La répartition par âge de la population des majeurs protégés se distingue de celle de la population majeure française par le fait qu'elle est plus âgée que cette dernière (âge moyen de 54,7 ans contre 48,9 ans).

La pyramide des âges ci-dessous permet de confirmer l'originalité de la composition par âge et par sexe de la population des majeurs protégés dont la mesure est prise en charge par une UDAF par rapport à la population des majeurs vivant en France métropolitaine.

⁴ Union Nationale des Associations Familiales

⁵ TPSA : cette mesure est prononcée lorsqu'un majeur bénéficiaire d'allocations sociales ne les utilise pas dans son intérêt.

**Pyramides des âges de la population des majeurs protégés
dont la mesure de protection est assurée par une UDAF
et de la population des majeurs vivant en France métropolitaine
(au 31 décembre 2008)**



Source : UNAF, ONPMP 2008 « exhaustif » et INED

En effet, on constate qu'il existe à la fois un effet de l'âge et un effet du sexe sur la population des majeurs protégés pris en charge par une UDAF.

En ce qui concerne l'âge, les jeunes majeurs protégés âgés de 18 à 30 ans sont sous-représentés alors que ceux âgés de 35 à 60 ans et de plus de 80 ans sont surreprésentés par rapport à l'ensemble de la population française du même âge. Au niveau du sexe, on remarque une surreprésentation masculine dans la population majeure protégée entre 35 et 60 ans et une surreprésentation féminine à partir de 70 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes âgées vivent plus longtemps que les hommes et sont donc confrontées au traumatisme de la perte du conjoint. A cela s'ajoute le fait que la majorité des femmes de cette génération n'ont pas fait de longues études et se reposaient sur leur conjoint pour la gestion administrative du foyer. Elles se trouvent donc à un âge avancé en incapacité d'assumer cette tâche.

Pour les hommes entre 35 et 60 ans cette surreprésentation peut s'expliquer par un incident de la vie (maladie, chômage, divorce) qui engendre dépression, parfois alcoolisme entraînant la marginalisation.

Par ailleurs, l'analyse de l'âge par type de mesure révèle le fait que les mesures de protection s'adressent à des personnes d'âge différent :

- La tutelle est une mesure qui concerne plutôt des personnes âgées (un peu plus de la moitié des personnes sous tutelles ont 60 ans et plus).

- Les personnes bénéficiant d'une mesure de curatelle sont en revanche relativement plus jeunes (un peu moins des trois quarts d'entre elles sont en effet âgées de moins de 60 ans).
- En ce qui concerne la curatelle renforcée ou aménagée, on observe une forte concentration aux âges intermédiaires (35-60 ans),
- Environ 90% des TPSA concernent des personnes âgées de moins de 60 ans.

Par ailleurs, une étude⁶ de la Drees réalisée en 2007 estimait à 28% le nombre de résidents en EHPAD sous un régime de protection juridique et constate une légère augmentation entre 2003 (environ 24%) et 2007.

1.2.2.2. Données en Ile de France

En dépit de mes recherches, je n'ai trouvé aucune donnée régionale sur les majeurs protégés.

L'élaboration, le 4 mai 2010, du Schéma Régional d'Ile de France des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales n'apporte aucun éclairage sur cette population. En revanche, il communique des données projectives sur la population globale.

L'EHPAD et le Foyer étant rattachés au Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, bien que situés sur le Val de Marne, je vais plus particulièrement m'attacher aux données de ces deux départements.

Au 1^{er} janvier 2010, Paris est le département le plus « âgé » d'Ile de France. Les personnes de plus de 60 ans représentent 20.6% de la population mais il se situe en deçà de la moyenne nationale (23%). Sur le Val de Marne elles représentent 18.8%.

Toutefois, une projection de 2007 à 2015 fait état d'une augmentation des personnes de plus de 75 ans de 11.86% pour Paris et 14.61% pour la Val de Marne.

La progression des personnes de plus de 60 ans les plus dépendantes, sera légèrement plus importante sur Paris 17.73% que dans le Val de Marne 14.23%.

L'évolution toujours croissante du nombre des personnes âgées et le développement des demandes de mesures de protection juridique ont amené en 2007 le législateur à réformer la loi du 3 janvier 1968.

Cette réforme a pour ambition de réduire les dépenses de l'Etat tout en limitant les mesures privatives de liberté et de mieux respecter et défendre les droits des personnes protégées.

⁶ Etude Drees : « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 »

2. Evolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées vulnérables

Les termes de vulnérabilité, fragilité et dépendance sont très proches, c'est pourquoi lorsque l'on étudie les politiques mises en œuvre en faveur des personnes âgées vulnérables, on ne peut faire l'économie d'évoquer celles qui sont plus directement en lien avec les personnes dépendantes et fragiles.

La notion de personne âgée dépendante est apparue pour la première fois dans la législation française avec la loi du 24 janvier 1997, instituant la prestation spécifique dépendance (PSD). Cette dernière a remplacé pour les personnes âgées de plus de 60 ans l'allocation compensatrice tierce personne instituée en 1975 et étendue aux personnes âgées en 1983.

2.1. De la prestation spécifique dépendance (PSD) à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

2.1.1. La prestation spécifique dépendance

Instaurée le 24 janvier 1997, la prestation spécifique dépendance est attribuée pour aider financièrement les personnes âgées de plus de 60 ans à domicile à mettre en place les aides humaines dont elles ont besoin pour réaliser les gestes de la vie quotidienne. Cette prestation est également attribuée pour les personnes âgées en établissement qui relèvent du groupe ISO ressources (GIR 1 à 3).

Toutefois, cette prestation étant récupérable sur succession, elle n'aura qu'un succès relatif, c'est pourquoi elle sera remplacée par l'APA.

2.1.2. L'allocation personnalisée à l'autonomie

Instaurée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, l'APA ouvre droit à une prise en charge « *adaptée aux besoins des personnes qui se trouvent dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de perte d'autonomie lié à leur état physique et mental* » (L232-1 du CASF). Cette prestation a réellement été mise en place à partir de janvier 2002.

Ainsi, l'APA s'ouvre aux niveaux de dépendance les plus sévères à l'instar de la PSD (GIR 1-3), mais aussi aux personnes présentant une dépendance moyenne, les GIR 4.

Quelques parlementaires reprochent à ce dispositif d'utiliser un outil d'évaluation médical qui évalue uniquement les incapacités. Il ne s'agit donc pas d'un outil multidimensionnel prenant en compte le réseau relationnel, les conditions d'habitation etc.

Bernard Ennuyer estime même que ce dispositif « *renforce la fragilité des personnes qu'il prétend aider, puisque dans l'analyse même de la fragilité la vision étroitement médicale de cette fragilité ne permet pas une vision globale de la situation de fragilité* »⁷.

De plus, il est vrai que les aides financières procurées par ce dispositif sont très nettement insuffisantes pour répondre aux réels besoins des personnes en situation de fragilité. Ainsi, cet auteur s'interroge : « *peut-on dire qu'il y a une véritable possibilité de choisir son mode de vie et son lieu de vie, et notamment une véritable possibilité de rester à domicile jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la mort, si l'on vit tout seul, sans aucune aide familiale ou de voisinage ?* ».

2.2. Plans Alzheimer

Le plan actuel s'échelonne de 2008 à 2012 ; il a été précédé de deux autres plans, mis en place en 2001 puis en 2004. Le premier plan a été établi afin de réagir à la montée en charge des maladies de type Alzheimer et pathologies associées (corps de Lewy, démence fronto-temporale etc.).

Les grands axes du 1^{er} plan s'orientent vers la mise en place de diagnostics précoces, le soutien des malades et des familles, l'amélioration de la qualité des structures d'hébergement et le développement de la recherche.

Le plan actuel est plus orienté vers le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie, le développement de la recherche médicale, l'amélioration et la simplification du parcours du malade et de sa famille, l'amélioration de la prise en charge des malades jeunes.

Ainsi ce plan pose la question du respect des libertés fondamentales et des droits des citoyens les plus fragiles et a pour objectif de proposer des solutions concrètes.

2.3. Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles (2002-2005)

Ce programme a été présenté le 20 mars 2002 par Bernard Kouchner, alors ministre délégué à la santé, et Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat aux personnes âgées. Il est né d'un certain nombre de constats qui seront développés dans la première partie. La deuxième sera consacrée aux objectifs du programme.

⁷ Article de Bernard Ennuyer « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », *Gérontologie et société* 2004/2

2.3.1. Constats

Avec l'âge, le nombre d'affections augmente. Toutefois, certaines d'entre elles peuvent être prévenues, évitant ou retardant l'apparition de maladies chroniques invalidantes ou la survenue d'une dépendance. En effet, avec les progrès de la médecine, les gériatres savent de mieux en mieux détecter précocement l'apparition des facteurs de risques ; ainsi que les prendre en charge. Pour autant, le nombre de personnes âgées bénéficiant de telles démarches demeure extrêmement limité.

La prise en charge médicale des personnes âgées fragiles s'avère complexe en raison de leurs pathologies multiples, pour lesquelles il est difficile de faire la part entre l'aiguë et le chronique, le physique et le psychique, les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques, les effets de la maladie et ceux du traitement.

Face à cela, les médecins généralistes ont besoin d'appui et pourtant ils orientent peu leurs patients vers les structures d'évaluation multidisciplinaire gériatriques ou vers les services d'hospitalisation compétents en gériatrie en cas de décompensation aiguë car ils sont peu en lien avec ces services.

A défaut d'hospitalisation programmée, les personnes âgées sont orientées le plus fréquemment vers le service des urgences où les temps d'attente sont longs et où parfois les orientations vers le service hospitalier sont faites non en fonction des besoins du patient mais des lits disponibles. Parce que cette pratique est préjudiciable aux patients âgés les plus fragiles, les pouvoirs publics ont décidé d'affirmer la place de la gériatrie dans le cadre de l'organisation des soins.

2.3.2. Objectifs poursuivis par le programme

Ce programme s'appuie sur les critères de fragilité définis par Winograd⁸ (annexe1) pour cibler ses actions.

Les objectifs poursuivis sont de :

- développer des actions de prévention répondant aux problématiques spécifiques liées à l'âge : risque de chutes, dénutrition, incontinence, risques liés à la polymédicalisation ;
- adapter la filière de soins gériatriques aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles, notamment pour prévenir les risques de perte d'autonomie ;
- renforcer l'exercice de médecine gériatrique en favorisant la formation.

⁸ Winograd CH, GERTY MB et coll " Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation J Am Geriatric Soc 1983

2.4. La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le drame sanitaire de l'été 2003 est venu rappeler que la prise en charge des personnes fragiles ne devait pas reposer uniquement sur des facteurs physiologiques mais devait aussi prendre en compte l'environnement et les facteurs sociaux.

En effet, toutes les études réalisées à ce sujet ont montré que les personnes âgées victimes des grandes chaleurs ont succombé certes parce que leur état de santé était fragile mais aussi parce la majorité d'entre elles étaient isolées.

Afin de réagir après cette catastrophe sanitaire le gouvernement a instauré un programme quadriennal (2004-2007) en faveur des personnes dépendantes.

Ce plan prévoit la mise en place de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette dernière verra le jour par la mise en place de la loi du 30 juin 2004.

2.4.1. La CNSA

Cette caisse a pour mission, notamment, de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

C'est la journée de solidarité qui assure le financement des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

2.4.2. Les autres dispositions de la loi

Cette loi fixe également comme objectif d'améliorer et développer les aides au maintien à domicile, d'accroître et diversifier l'offre en établissement par la création notamment de 10 000 places supplémentaires et d'instaurer le plan Vermeil.

Ce dernier est un système d'alerte qui repose sur le partenariat entre les autorités sanitaires et Météo France afin de prévenir des vagues de chaleurs importantes.

Dans ce cadre les EHPAD sont invités à mettre en place un plan « bleu ». Il s'agit d'un plan interne de gestion d'une crise sanitaire, visant notamment la gestion d'une éventuelle canicule (période de référence du 1^{er} juin au 31 août).

2.5. Loi du 11 février 2005 en faveur de l'égalité des droits et des chances des personnes âgées et handicapées

Cette loi réaffirme un certain nombre de droits en faveur des personnes âgées et handicapées. Parmi eux concernent plus particulièrement les personnes âgées le droit à compensation (2.5.1) et l'accessibilité (2.5.2)

2.5.1. Le droit à compensation

La loi met en œuvre le droit à compensation. Ce nouveau principe vise à agir sur des conséquences du handicap, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne. Pour ce faire elle a instauré la prestation de compensation du handicap (PCH), à domicile ou en établissement. La prestation permet de prendre en compte, au delà des aides humaines, l'ensemble des besoins de la personne handicapée. Ainsi elle prend en compte les besoins en termes d'aides techniques, aides animalières et d'aménagement du domicile.

2.5.2. L'accessibilité

L'accessibilité est une condition primordiale pour permettre à tous d'exercer les actes de la vie quotidienne et de participer à la vie sociale. Aussi la loi aborde la question de l'accessibilité de façon générale, quel que soit le handicap (physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif, polyhandicap).

La loi rend obligatoire l'accessibilité des bâtiments recevant du public, des locaux d'habitation neufs ainsi que des locaux d'habitation existants lorsqu'ils sont l'objet de travaux. Par ailleurs, elle étend l'obligation d'accessibilité à toute la chaîne du déplacement : voiries, accès aux gares, transports en commun...

2.6. Dispositions en faveur de la bientraitance

2.6.1. Un numéro national : 3977

L'association francilienne pour la bientraitance des aînés et handicapés (l'AFBAH), fondée en 2002 suite au plan régional de santé des personnes âgées, avait instauré une plate- forme d'écoute, de soutien et de recueil des signalements. Le 5 février 2008 elle a été désignée pour gérer le numéro national 3977.

Ce numéro permet aux victimes mais aussi à tout citoyen de signaler les cas de maltraitance dont ils ont connaissance.

2.6.2. Le plan bientraitance

En octobre 2008, le plan bientraitance a prévu d'augmenter les contrôles surprises au sein des EHPAD, et de renforcer la formation des professionnels de ces établissements. Par ailleurs, il est prévu que les recommandations de l'ANESMS en la matière soient plus largement diffusées.

Les politiques publiques en faveur des personnes âgées fragiles et vulnérables se sont renforcées ces dernières années. Le développement de telles mesures semble refléter une prise de conscience de la société. Le nombre toujours grandissant de ce public n'est sans doute pas étranger à cette mouvance. Par ailleurs, les évolutions de la société impliquent parfois de s'interroger sur les dispositifs déjà existants. La loi en faveur des majeurs protégés en est un exemple.

3. De la loi du 3 janvier 1968 à celle du 5 mars 2007

La protection juridique des majeurs reposait initialement sur deux grandes lois : la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs et la loi du 18 octobre 1966 relative à la tutelle aux prestations sociales adultes (TPSA). En trente ans aucune révision n'avait été faite tandis que la population avait très fortement évolué. Ainsi, pour s'adapter aux évolutions de la société la loi a été détournée progressivement de son objectif (3.1). La réforme a donc été mise en place afin de réaffirmer les grands principes de la loi de 1968 (3.2), de renforcer les droits de la personne protégée (3.3) et de renforcer le rôle des familles (3.4)

3.1. La législation et ses dérives

3.1.1. Un droit contourné dans son application

La loi du 3 janvier 1968 reposait sur trois principes fondateurs :

Nécessité

La mise en place d'un régime de protection est nécessaire lorsque « *la personne se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ses besoins en raison d'une altération médicalement constaté, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté* ».

Par nécessité il faut donc comprendre que la mesure ne sera enclenchée que si le majeur a un besoin d'être assisté ou représenté.

Subsidiarité

La mesure de protection juridique doit être subsidiaire, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être mise en place s'il existe un autre dispositif plus léger comme le mandat de protection future (3.3.4), faire une procuration à un membre de la famille ou encore dans le cadre d'un régime matrimonial dans lequel les époux peuvent se représenter.

Par conséquent, le juge ne sera saisi que s'il n'y a pas d'autre possibilité de représentation du majeur protégé.

Proportionnalité

La mesure doit être proportionnelle et individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelle, ce qui signifie concrètement qu'il n'est pas utile de mettre en place une tutelle si une mesure légère suffit.

Au cours du temps, ces principes n'étaient plus strictement respectés dans la pratique.

En effet, les mesures de curatelle ou de tutelle ont été utilisées pour traiter notamment les situations de personnes en détresse sociale. Il est vrai que la loi faisait mention des situations de « prodigalité, intempérance ou oisiveté ».

Ces vingt dernières années, cette tendance s'est très fortement développée suite à l'augmentation importante de phénomènes de précarité et d'exclusion. Dans notre société un grand nombre de personnes surendettées se sont vues ainsi appliquer une mesure judiciaire leur assurant une protection réelle mais inadéquate.

3.1.2. Insuffisance de contrôles

Le contrôle de la gestion des comptes des majeurs devait, en principe, être assuré par les juges d'instance épaulés par leurs greffiers. Or, en 2006, le Conseil économique et social⁹ constate que pour plus de 700 000 personnes placées sous un régime de protection juridique, il n'existe que 80 juges des tutelles en équivalent temps plein.

Cette absence de moyen a généré des dérives, détournement de patrimoine, abus de confiance, spoliations, etc. régulièrement dénoncés par les familles et les associations.

Ces dérives ont été renforcées par un manque de formation et de qualification des gérants de tutelles.

⁹ Notes d'Iéna – Information du Conseil économique et social N° 244 du 22 septembre 2006
Delphine PETITJEAN - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

Face à ce constat, le législateur a engagé une réforme de grande ampleur qui a donné naissance à la loi du 5 mars 2007.

3.2. Origine et grands principes de la loi du 5 mars 2007

3.2.1. Des fondements qui reposent sur une conception Européenne

Cette législation s'inspire de la recommandation européenne n° R (99) 4 du 23 février 1999 qui met en avant le respect de chaque individu et la participation de la personne vulnérable dans les décisions qui concernent à la fois la gestion de ses biens et sa personne.

En Europe, l'Allemagne est le premier pays à avoir engagé en 1990 une réforme des régimes de protection, suivie en 1995 par le Danemark.

En Allemagne, la tutelle et la curatelle ont été supprimées au profit d'une mesure unique : l'assistance. Ainsi, la personne vulnérable conserve toute sa capacité juridique avec l'aide d'un « assistant » qui la protège sans la représenter (sauf cas exceptionnel).

L'Espagne, l'Italie, l'Angleterre et le Pays de Galles ont réformé leur dispositif respectivement en 2003, 2004 et 2005¹⁰. Tous, à l'exception du Danemark, prévoient la possibilité d'anticiper l'organisation de sa propre protection, à l'instar du mandat de protection future instauré en France par la loi du 5 mars 2007.

3.2.2. Grands principes

3.2.2.1. Les principes fondamentaux de la protection réaffirmés : nécessité, subsidiarité et proportionnalité.

La loi N° 2007-308 du 5 mars 2007, entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2009, portant réforme de la protection juridique des majeurs renouvelle l'ensemble du dispositif de protection des personnes vulnérables. Elle recentre le dispositif sur les personnes souffrant d'une altération de leurs facultés personnelles (soit mentales, soit corporelles de nature à empêcher l'expression de leur volonté) et dans l'impossibilité de pourvoir seules à leurs intérêts.

Elle tend ainsi à rendre effectifs les principes fondateurs de la loi du 3 janvier 1968 (nécessité, subsidiarité et proportionnalité des mesures de protection juridique) qui doivent sous-tendre la décision du juge des tutelles.

¹⁰ Sénat : Étude de législation comparée n° 148 - juin 2005 - La protection juridique des majeurs

En réaffirmant ces principes, cette loi s'inscrit dans la lignée des textes du champ sanitaire, social et médico-social depuis 2002 qui placent l'utilisateur et la protection de sa personne au cœur de leurs préoccupations.

3.2.2.2. Séparation très nette des mesures sociales des mesures juridiques

Pour assurer une séparation des mesures sociales des mesures juridiques, il a été créé la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Ce dispositif s'adresse à toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et « *dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve dans la gestion de son budget* ».

Il existe deux types de MASP :

- La MASP 1, mesure contractuelle avec un accompagnement social et une aide à la gestion des prestations sociales ;
- La MASP 2, mesure contractuelle dans laquelle le bénéficiaire autorise le Président du Conseil Général à percevoir et à gérer pour son compte tout ou partie des prestations sociales qu'il perçoit.

La liste des prestations sociales concernées par la mesure est fixée par le **décret n°2008-1498 du 22 décembre 2008**. En outre pour les personnes âgées sont mentionnées, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dès lors qu'elle n'est pas versée directement aux établissements et services, et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Cette mesure consiste à procurer une aide à la gestion, limitée aux seules prestations sociales, avec un accompagnement social individualisé tout en sachant que cet accompagnement devra se dérouler sur une durée comprise entre six mois et deux ans

Le but de cette démarche est de favoriser l'insertion sociale et le retour à l'autonomie du bénéficiaire.

En cas d'échec de ce dispositif une mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) pourra être ouverte à la demande du président du Conseil Général. Cette mesure sera mise en place pour deux ans, renouvelable une fois par le juge des tutelles. Cette démarche progressive vise à réduire le nombre des mesures judiciaires et s'inscrit dans la logique du principe de proportionnalité.

La mise en œuvre de la MASP est confiée aux départements.

Dans le Val de Marne, les mesures de niveau 1 sont gérées directement par le Conseil Général.

Pour les mesures de niveau 2 ce dernier a passé convention avec l'UDAF. Certains conseils généraux ont fait le choix de déléguer l'intégralité des MASP aux associations tutélaires par l'intermédiaire d'une convention de délégation. Le département de Paris a

passé une convention avec trois associations : l'association APASO, l'œuvre Falret et la fondation Maison des Champs.

3.3. Les droits de la personne renforcés

Il peut paraître presque antinomique d'évoquer les droits de la personne alors que les mesures de protection juridique sont par essence privatives de libertés et restrictives de droits. Toutefois, la loi du 5 mars 2007 inscrit désormais les services tutélaires dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux. Par conséquent, ils sont soumis aux exigences de la loi du 2 janvier 2002 en matière de protection des droits des usagers (3.3.1).

De plus, la réforme, dans la continuité de la loi du 2 janvier 2002, place l'utilisateur au cœur du dispositif et œuvre pour une amélioration de la prise en compte de ses droits (3.3.2). Elle instaure par ailleurs un nouveau dispositif le mandat de protection future (3.3.3).

3.3.1. Les droits des usagers affirmés par la loi du 2 janvier 2002

Cette loi a généré une modification du Code de l'action sociale et des familles (CASF) par la création notamment d'une section spécifique intitulée « droit des usagers ». Ces droits déclinés au sein de l'article L311-3 sont les suivants :

- respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité ;
- libre choix entre les prestations que ce soit au domicile ou en établissement ;
- prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé (à défaut le consentement de son représentant légal doit être sollicité) ;
- confidentialité des données concernant l'utilisateur ;
- accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge (ex : dossier médical¹¹) ;
- information sur les droits fondamentaux et les voies de recours ;
- participation directe ou avec l'aide de son représentant au projet d'accueil et d'accompagnement ;

Cette loi est venue renforcer les droits fondamentaux¹² inscrits dans la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et le préambule de la constitution de 1958.

¹¹ L'accès au dossier médical est un droit inscrit dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹² Droits protégés par des normes constitutionnelles, européennes et internationales

Ainsi l'usager autrefois dénommé « assisté » est aujourd'hui reconnu comme citoyen à part entière, avec des droits mais aussi des devoirs.

3.3.2. L'amélioration de la protection et des droits de la personne

3.3.2.1. L'affirmation du principe de la protection du majeur en tant que personne

Désormais, la mission du mandataire judiciaire consiste à protéger non seulement le patrimoine mais aussi la personne du majeur protégé dans la mesure où ce dernier n'est pas en capacité de prendre seul les décisions relatives à sa personne.

La loi en affirmant ce principe participe au respect des libertés fondamentales, des droits de l'homme et de la dignité.

Ce principe avait déjà été affirmé par la jurisprudence¹³ en 1989. Toutefois dans les faits, il était très peu appliqué. A tel point qu'aujourd'hui encore, un certain nombre de professionnels pensent que les curateurs ou tuteurs ont pour seule mission la protection des biens.

Ainsi, le mandataire judiciaire devra, par exemple, veiller à ce que la personne ait accès aux soins qu'elle requiert et bénéficie d'un suivi médical adapté à son état ; il devra participer, le cas échéant, à la prise de décisions qui s'imposent, en sollicitant si besoin le juge des tutelles ou le conseil de famille. Il devra aussi veiller aux conditions de vie du majeur protégé, autant que possible en relation avec la famille ou les proches ...

Toutefois, les mandataires judiciaires sont rémunérés en fonction de l'importance des biens à gérer et nullement en fonction du travail fourni. La protection de la personne n'est donc pas valorisée financièrement, ce qui risque de générer une mauvaise prise en charge.

L'effet le plus néfaste consisterait à orienter le majeur en EHPAD pour pouvoir vendre le bien immobilier et ainsi augmenter sa rémunération¹⁴.

¹³ Civ 1^{ère}, 18 avril 1989, JCP 1990, II, 21467

¹⁴ Libre choix : En quoi la nouvelle loi de réforme des tutelles accroît-elle l'espace de liberté des patients ? Catherine Wong

3.3.2.2. Limitation de la durée de la mesure

Chaque situation de personne sous mesure de protection juridique devra être réexaminée par le juge. Ce principe contribue à favoriser la mise en place de mesures adaptées à l'évolution des difficultés et des besoins de la personne.

Les mesures de protection deviennent donc des mesures temporaires, régulièrement réévaluées (en principe tous les 5 ans).

A cette occasion le juge devra de nouveau auditionner l'intéressé. Ainsi, les droits des majeurs sont renforcés tout au long de la procédure judiciaire.

Toutefois on peut s'interroger sur la pertinence de cette démarche pour les personnes « démentes » qui malheureusement n'évolueront pas vers une plus grande autonomie psychique. Le législateur a donc prévu dans ces cas l'allongement de la période de 5 ans, si le juge l'estime approprié.

Cela présente cependant un risque : n'ayant pas reçu de moyens complémentaires, les juges pourraient être tentés de prononcer des mesures pour une durée de 10 à 20 ans, afin d'éviter l'engorgement des tribunaux par des révisions trop nombreuses.

3.3.2.3. Limitation des motifs de mise sous protection

Le législateur a sorti du champ d'application de la loi les motifs non médicaux : mesures pour prodigalité, intempérance ou oisiveté. En effet, comme évoqué précédemment, ne peuvent bénéficier d'une mesure de protection que les personnes dont l'altération des facultés mentales est médicalement constatée. Pour les situations d'ordre sociale c'est désormais la MASP qui pourra dans certains cas s'appliquer.

3.3.2.4. Respect de la volonté et du choix de vie du majeur protégé

Désormais, le mandataire judiciaire doit associer le majeur protégé aux décisions. Pour ce faire, il doit l'informer et lui permettre de comprendre les modalités d'exercice de la mesure. Il devient donc « acteur de sa mesure ». Ainsi, le principe du consentement de la personne protégée est mis en avant. De plus, cette dernière a la possibilité de conclure ou de rompre un pacte civil de solidarité, de se marier et d'établir un testament¹⁵.

Par ailleurs, le juge des tutelles pourra décider de maintenir le droit de vote pour une personne sous tutelle¹⁶.

¹⁵ Article 462

¹⁶ Article 12 de la loi

En ce qui concerne le choix de vie, il semblerait que le législateur ne se soit pas donné suffisamment les moyens de défendre la volonté du majeur protégé. Par exemple, pour la décision de non retour à domicile, seul l'avis du médecin spécialiste est requis, mais il est rémunéré 25 € tandis que pour une expertise de mise en place de mesure il perçoit 160 €. Cette faible rémunération risque fort d'induire des évaluations peu approfondies. De plus il n'est pas prévu que le juge auditionne le majeur. Cette audition n'est prévue que lors de l'instruction de la demande d'ouverture de la mesure.

Pour garantir l'effectivité des droits du majeur, son représentant devra lui remettre les documents suivants :

- la charte des droits et libertés de la personne protégée. Elle garantit les droits et libertés des personnes protégées par l'affirmation de droits fondamentaux ;
- la notice d'information et de présentation du dispositif de protection juridique. Elle a vocation à présenter le mandataire, ses finalités, ses missions, son organisation...
- le document individuel de protection des majeurs (DIPM).

Ce dernier document définit notamment la nature et les objectifs principaux de la mesure, les domaines d'intervention du mandataire judiciaire, les modalités d'accueil et d'échange entre la personne et le service, et les conditions de la participation financière de la personne protégée à l'exercice de sa protection juridique.

3.3.3. Le mandat de protection future¹⁷

Ce dispositif est déjà instauré en Espagne, depuis 2003. Il permet à toute personne soucieuse de son avenir, d'organiser sa propre protection juridique pour le jour où elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés personnelles.

Ce dispositif est issu de la notion de « mandat donné en prévision d'inaptitude » créé au Québec il y a une dizaine d'années.

Le mandat est un contrat. Il pourra, au choix de la personne, soit être conclu par acte notarié, soit sous seing privé, éventuellement avec l'assistance d'un avocat.

Le mandat de protection futur est un moyen de respecter la volonté des individus et de réduire les coûts liés aux mesures de protection, qui étaient estimés à 499 millions d'euros pour 2006 (rapport du sénat, 2006¹⁸) et qui étaient assurés pour 4/5 par des financements publics et pour 1/5 par les majeurs protégés eux-mêmes.

¹⁷ Articles 477 à 494

L'inconvénient de ce dispositif est qu'il est mis en place par anticipation et que la personne choisie par le mandataire pour le représenter pourra ne plus être la mieux placée pour gérer ses affaires au moment de son incapacité.

A ce jour ce dispositif n'est pas du tout rentré dans la pratique et dans les mœurs mais à l'avenir il devrait permettre « *de responsabiliser les citoyens dans la prise en charge future de leur propre incapacité¹⁹* ».

3.4. Renforcement de la solidarité et du soutien familial

Le terme de famille est pris au sens large pour intégrer l'évolution de la société : le compagnon, l'ami qui entretient des rapports durables et stables, les cousins éloignés...font maintenant partie des requérants possibles.

3.4.1. Pouvoir de saisir le juge des tutelles

Depuis la réforme, hormis la personne qu'il y a lieu de protéger, seule la famille est autorisée à solliciter directement le juge des tutelles pour la mise en place d'une mesure. Toutes les autres personnes devront s'adresser au procureur de la République. Par conséquent le juge ne pourra plus, à la suite d'un signalement social ou médical, demander l'ouverture d'une mesure (suppression de la saisine d'office du juge).

3.4.2. Désigné prioritairement

Désormais la notion de famille s'élargit, puisque le juge pourra désigner comme mandataire judiciaire un proche dès lors qu'il entretient avec le majeur à protéger des liens étroits et stables.

Même si l'intention est louable, l'intérêt du majeur protégé ne se confond pas toujours avec celui de sa famille. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées qui dans de nombreux cas détiennent plus de moyens financiers que leurs enfants.

Le risque le plus important est que les enfants gèrent l'argent de leur parent dans leur propre intérêt, c'est-à-dire en limitant les dépenses de façon à hériter d'une part plus conséquente.

¹⁸ Sénat session ordinaire de 2006-2007

¹⁹ Lefeuvre-Darnajou « la protection des majeurs vulnérables. Pourquoi la loi actuelle devrait être repensée ? » *Gérontologie et société* n°109, p 163

En revanche, ceci permet de donner une place à certains proches qui étaient jusqu'à présent écartés de la protection du majeur vulnérable (concubin, compagne...).

3.4.3. Le conseil de famille

Alors qu'auparavant la mesure de protection était confiée quasi exclusivement à une seule personne, la nouvelle législation facilite la constitution d'un conseil de famille. Il est représenté par quatre à six personnes choisies parmi les parents ou les alliés du majeur (art 408 du CC), ou parmi les amis, voisins ou toute autre personne qui semble s'intéresser au majeur (art 409 du CC).

Le conseil de famille a pour rôle d'autoriser certains actes importants (uniquement sous la présidence du juge des tutelles) et de contrôler la gestion du tuteur. Pour ce faire, il a la possibilité de se réunir et de délibérer hors de la présence du juge mais il doit alors désigner un président et un secrétaire parmi ses membres. Le président est tenu de transmettre préalablement au juge l'ordre du jour de chaque réunion.

Les points clés de la réforme

- La loi consacre la protection de la personne elle-même et non plus seulement celle de son patrimoine.
- Les mesures sociales sont séparées des mesures juridiques.
- Les droits et la volonté de la personne à protéger sont davantage pris en compte.
- L'avis et le rôle de la famille et des proches sont pris en compte et encouragés lors de la procédure de placement sous mesure de protection juridique.
- La procédure de placement sous curatelle ou sous tutelle devient pleinement contradictoire et limitée dans le temps.

Le cadre législatif étant fixé, je vais à présent m'attacher à présenter dans une deuxième partie la résidence santé Cousin de Méricourt et le foyer de l'Aqueduc dans leur environnement (1) ainsi que l'évolution de leur offre de service pour répondre aux besoins des résidents et prendre en compte leurs droits (2).

DEUXIEME PARTIE : Prise en charge des majeurs protégés au sein de l'EHPAD et du Foyer Logement : avancées et difficultés

Tout établissement s'inscrit dans un environnement ainsi son analyse (1) ainsi que le diagnostic interne des deux établissements (2) permettra de faire un état des forces et des faiblesses (3) et d'en dégager des pistes d'action.

1. Etat des lieux des établissements à l'externe et à l'interne

Ces deux établissements sont situés sur la commune de Cachan dans le Val de Marne mais rayonnent de part leur attachement au CASVP sur l'ensemble de la population parisienne. Le département du Val de Marne est découpé en 8 secteurs gérontologiques. La résidence Cousin de Méricourt et l'Aqueduc étant situés dans le secteur 7 du Val de Marne, je vais plus particulièrement étudier ce secteur géographique.

Ces territoires seront étudiés au travers de leur démographie (1.1), et de leur offre d'hébergement (1.2). Par la suite, je présenterai l'EHPAD Cousin de Méricourt (1.3) puis le Foyer l'Aqueduc (1.4)

1.1. Démographie

1.1.1. Sur Paris et dans le Val de Marne

Sur Paris en 2007²⁰ on dénombre 2 193 030 habitants dont 411 873 (18,78%) personnes de 60 ans et plus. Dans le Val de Marne sur, 1 302 888 habitants on dénombre 226 861 (17,4%) personnes de 60 ans et plus. En France en 2007, ce taux est de 21,5%. Paris et le Val de Marne se situent donc parmi les départements les moins âgés. Toutefois, du fait de l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes de 60 ans et plus est en constante augmentation.

Les projections de l'INSEE²¹ prévoient sur Paris pour la période de 2000 à 2020 une hausse de la population des 60 à 69 ans de 15% (170 000 à 196 000) en raison principalement de l'arrivée à l'âge de la retraite des premiers « baby-boomers ». La même augmentation est prévue pour les 80 ans et plus (102 000 à 118 000). En revanche sur cette même période, la classe d'âge des 70 à 79 ans devrait progresser plus lentement,

²⁰ Source INSEE (données actualisées au 19 janvier 2010)

²¹ Source : le schéma gérontologique de Paris (2006-2011)

avec une hausse de 8,6% « seulement ». Au-delà de 2020 et jusqu'en 2030, la hausse des 80 ans et plus devrait s'accroître. Ceci s'explique à la fois par les gains d'espérance de vie et par l'arrivée dans cette classe d'âge des premières générations du baby-boom.

Dans le Val de Marne, selon le schéma gérontologique (2006-2010) l'augmentation la plus forte devrait concerner les plus de 85 ans avec un rythme de croissance multiplié par 2,4 par rapport à la décennie 1990/2000.

Au sein de cette population, il est important d'étudier plus particulièrement l'évolution des personnes en forte perte d'autonomie (public des EHPAD). Le schéma pour l'autonomie et la participation des personnes handicapées 2006-2010 de Paris estime que le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) devrait diminuer de 15% d'ici 2030²², alors que ce même nombre augmenterait de 28% en Ile de France. Le schéma gérontologique émet des réserves concernant ces données « *ces chiffres sont à considérer avec précaution sachant que l'évolution de certaines pathologies telles que la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, en évolution, sont associées à une dépendance croissante et des troubles de comportement lourds qui restent difficilement mesurables* ».

En effet, l'enquête PAQUID estime que la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés est estimée à 17,8% des 75 ans et plus soit une incidence de 3,12% par an soit 5 211 nouveaux cas par an sur Paris. Dans le Val de Marne les données extraites de l'enquête HID indiquent qu'entre 1990 et 1999, la prévalence de la dépendance physique chez les personnes âgées de 65 ans et plus a baissé de 8,5% à 6,4%. En revanche toutes les études prévoient une augmentation forte de la dépendance psychique. Dans le Val de Marne, le nombre de nouveaux cas par an est évalué à environ 1 500. A noter que ce chiffre est probablement sous évalué car certains experts estiment qu'en Ile de France moins de 50% des malades sont diagnostiqués et seuls 16% traités²³.

1.1.2. Sur le secteur Gérontologique 7

Le secteur Gérontologique n°7 est constitué des 9 communes suivantes : Arcueil, Cachan, Fresnes, Gentilly, L'Hay les Roses, Ivry sur Seine, Kremlin-Bicêtre, Villejuif, Vitry sur seine. Sur ce secteur l'INSEE recense, en 2006, 334 402 habitants dont 56 961 personnes âgées de 60 ans et plus.

Ces dernières se répartissent de la façon suivante sur le secteur :

²² Extrapolation de l'enquête HID

²³ Données issues du Schéma gérontologique 2006-2010 du Val de Marne

Communes	60-74 ans	75 ans ou +
Arcueil	2 089	1 175
Cachan	3 023	2 137
Fresnes	2 616	1 522
Gentilly	1 899	1 007
L'Hay les Roses	3 778	2 253
Ivry sur seine	6 068	3 246
Kremlin Bicêtre	2 301	1 356
Villejuif	5 371	3 290
Vitry sur seine	9 114	4 716
TOTAL	36 259	20 702

En comparaison des statistiques de 1999, la commune de Cachan est la seule commune du secteur 7 à enregistrer une hausse à la fois des personnes de 60 à 74 ans et de 75 ans et plus.

1.2. Dispositifs sur le territoire

1.2.1. Dans le Val de Marne

1.2.1.1. EHPAD et Foyer logements

Le schéma Gérontologique 2006-2010 du Val de Marne fait état de 56 EHPAD qui représentent 4186 places dont 91 en hébergement temporaire et 60 foyers logement d'une capacité globale de 3 640 places. Le ratio d'équipement (places pour 1000 personnes âges de 75 ans et plus) de 123,45 est inférieur dans le Val de Marne à celui de la région et de la France qui valent respectivement 133,4 et 140. A noter que pour le calcul du ratio du Val de Marne n'ont pas été intégrées les 1400 places d'unité de soins de longue durée (USLD) relevant de l'APHP puisque leur évolution ne dépend pas du Conseil Général, d'autant plus que des fermetures semblent être annoncées.

1.2.1.2. Les mandataires judiciaires

Sur le Val de Marne les mandataires judiciaires sont composés de 28 personnes physiques, 7 préposés et seulement 2 services. Ces derniers sont l'UDAF94 située à Boissy St Léger et l'ATFPO basée à Créteil (siège social à Paris).

1.2.2. Sur le secteur Gériatologique 7

1.2.2.1. EHPAD et Foyer logements

Le secteur 7 se compose à ce jour de 11 EHPAD et 14 foyers logement, ce qui représente une capacité d'accueil de 1170 et 680 places respectivement. Doivent être mentionnées par ailleurs les USLD des trois hôpitaux gériatriques du secteur : Charles Foix, Paul Brousse et Bicêtre. A noter que les USLD hébergent en principe les personnes âgées les plus dépendantes (76,2% des patients sont en GIR 1-2²⁴) dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante et des traitements prolongés.

Toutefois, la restructuration des hôpitaux de l'AP-HP avec la fermeture d'un nombre important de lits de long séjour (784 lits d'USLD en Ile de France dont 208 dans Paris intra muros²⁵) aura forcément un impact sur les demandes d'entrée en établissement. D'autant plus qu'initialement, il était prévu la création au cours de l'année 2009 de deux EHPAD pour compenser ces fermetures. Or actuellement, aucun travail n'a débuté et nous ne savons donc toujours pas si ces deux établissements verront le jour. Par conséquent, ceci devrait induire un accroissement des demandes de personnes en très forte perte d'autonomie qui jusqu'à présent restaient en long séjour. Cette évolution devrait avoir un impact également sur l'accroissement du nombre de personnes sous mesure de protection juridique. Le schéma Gériatologique 2006-2010 fait état pour le secteur 7 d'un ratio d'équipement de (1,35) légèrement inférieur à celui du département (1.4). Toutefois, rappelons que les places d'USLD n'ont pas été intégrées compte tenu des incertitudes quand au devenir de cette offre.

Il faut cependant noter que la commune de Cachan est plutôt bien équipée en termes de structures. En effet, 3 EHPAD sont implantées sur cette commune, dont Cousin de Méricourt, et 2 foyers logements, dont l'Aqueduc.

1.2.2.2. Les services tutélaires

Sur le secteur 7, aucune association tutélaire n'est implantée physiquement. En revanche, il y a quatre préposés d'établissement (3ème partie 1.1) en raison du nombre conséquent d'établissements hospitalier : trois hôpitaux gériatriques (Kremlin Bicêtre, Paul Brousse, et Charles Foix) et un établissement psychiatrique de secteur (Paul Guiraud).

²⁴ Données extraites du Schéma gériatologique de Paris 2006-2011

²⁵ Orientations provenant du plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP

1.3. L'EHPAD Cousin de Méricourt

A l'origine, le domaine sur lequel a été construit la résidence Cousin de Méricourt appartenait à Mme de Provigny, petite fille de Jean Elisabeth Barthélémy Cousin de Méricourt. A son décès en 1908, ses biens furent légués à une fondation ayant pour mission d'ouvrir une maison de retraite, dévolue au bureau d'aide sociale de Paris en 1972. Cet établissement, ouvert depuis 1980, est situé sur la ville de Cachan. Depuis 2003, des travaux conséquents de modernisation ont été engagés afin de supprimer les chambres à deux lits et offrir aux résidents un plus grand confort de vie. Cette opération a diminué la capacité d'accueil de 400 lits à 366 en 2008 puis à 318 lits en 2009.

L'établissement est composé de 6 bâtiments, le bâtiment central de plein-pied entouré de 5 pavillons constitués pour 3 d'entre eux de 4 étages et pour les 2 autres de 3 étages. Au sein de chaque pavillon a été créé au dernier étage une unité de vie protégée (UVP) de 17 lits, dédiés aux personnes les plus désorientées. Elles sont ouvertes en totalité depuis 2006. Fin 2010, une seconde grande opération de restructuration va s'engager, elle portera sur la reconstruction complète des cuisines.

L'établissement entièrement habilité à l'aide sociale a signé sa deuxième convention tripartite en 2008. Cette dernière incluait notamment le programme de modernisation des chambres.

A ce jour, l'établissement propose de l'hébergement temporaire durant la période estivale uniquement à l'attention des Parisiens. Au vu des besoins sur le Val de Marne, la directrice en poste envisage de formuler la demande d'extension de l'hébergement temporaire aux Val de Marnais au Centre d'action social. Pour le moment, aucune solution d'accueil de jour n'a été développée bien que le projet d'établissement 2008-2012 fasse mention d'un espace, « le patio », dédié au futur accueil de jour.

Actuellement, ce projet est bloqué par le CASV pour des raisons financières. En effet, il ne place pas ce projet parmi les priorités d'autant plus que l'accueil de jour, étant un dispositif de proximité, ne s'adresserait qu'aux Val de Marnais.

1.3.1. Tarifs de l'établissement

Depuis la réforme de la tarification (décret 99-316 et 317 et du 4 mai 2001), le tarif se décompose en tarif hébergement, tarif dépendance et tarif soins. Ce dernier étant intégralement pris en charge par l'assurance maladie, il n'est pas supporté par le résident. A Cousin de Méricourt, le tarif hébergement est de 63,45 € par jour pour tous les résidents de 60 ans et plus. Le tarif dépendance est variable en fonction de l'autonomie de la personne, c'est-à-dire selon le GIR (GIR 1/2 :25.10€, 3/4 :15.90€, 5/6 :6.75€). A noter que le tarif dépendance à la charge du résident correspond au GIR 5-6, le différentiel pour une personne plus dépendante sera pris en charge par l'APA. En résumé

le coût à la charge du résident est de 70,2 € par jour soit un peu moins de 2200 € par mois. Pour financer leur séjour, les résidents peuvent en fonction de leurs ressources prétendre à l'allocation logement voire à l'aide sociale.

1.3.2. Le personnel de l'établissement

Le personnel est regroupé en pôles d'activités, chacun sous la responsabilité d'un cadre (cf: organigramme annexe 2) :

- le pôle Admission et secteur social, constitué du responsable, de quatre agents administratif et d'un travailleur social ;
- le pôle soins composé d'une directrice des soins, de 8 cadres de santé (5 du matin - 2 d'après midi et 1 de nuit), de 24 infirmières, de 140 aides soignants et de 13 agents de services, du personnel paramédical (pédicures, kinésithérapeutes, ergothérapeute) et du service animation ;
 - le pôle régie se compose de deux agents : le régisseur et son mandataire ;
 - le pôle ressources humaines ;
 - Le pôle hôtelier se compose de deux responsables, l'un de l'accueil, de la cuisine et du magasin, l'autre de la lingerie centrale et d'étage et de l'entretien des locaux ;
 - le pôle médical se compose d'un médecin coordinateur et de quatre médecins ;
 - le pôle pharmaceutique composé d'un pharmacien et de trois préparatrices en pharmacie ;
 - le pôle budget travaux composé du responsable et de l'équipe technique ;
 - le pôle Aqueduc (cette structure sera étudiée plus en détail dans une autre partie)

Les deux psychologues, le coursier et deux secrétaires sont sous la responsabilité directe de la directrice. Cette dernière est secondée par un directeur adjoint responsable plus particulièrement de la prise en charge administrative du résident. La directrice des soins est quant à elle responsable avec les médecins de l'établissement de la prise en charge médicale du résident.

Pour l'EHPAD, l'effectif autorisé en 2010 est de 285 agents ce qui correspond à un ratio d'encadrement global de 0,89 (ETP agents/lits autorisés) largement au dessus de la moyenne nationale qui est fixée à 0,6²⁶. Toutefois si l'on se réfère au plan solidarité grand âge, il est préconisé d'ici 2012 pour les EHPAD accueillant les personnes les plus lourdement dépendantes (GIR moyen pondéré (GMP) supérieur à 800) un ratio global d'encadrement de 1 ETP par personne prise en charge.

Compte tenu que Cousin de Méricourt à un GMP supérieur à 800, on peut estimer qu'il est actuellement correctement doté.

²⁶ Données issues du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : Secteur médico-social au Sénat

1.3.3. Population globale

L'EHPAD étant rattaché au Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, la majorité des résidents sont originaires de la capitale. Les Val de Marnais représentent 30% des personnes accueillies. Les autres résidents viennent d'horizons très divers, de la Région Parisienne et même de la Province. Il s'agit pour beaucoup d'anciens Parisiens qui souhaitent soit se rapprocher de leurs enfants soit revenir sur la région parisienne en raison de son offre de soins réputée comme réunissant les plus grands professeurs.

Ce phénomène est accentué par le fait que le CASVP refuse d'accueillir les anciens Parisiens au sein de ses établissements situés au cœur de la Capitale (huit EHPAD) mais en revanche les réoriente vers ses structures de banlieues (au nombre de six dont deux dans le Val de Marne).

Cette stratégie dénote une volonté de préserver l'offre d'accueil pour les Parisiens résidents et contribuables de la commune. D'autant plus que la ville de Paris est confrontée au vieillissement de sa population et à un faible taux d'équipement, 37,5 pour 1000 habitants de plus de 75 ans tandis que le taux d'équipement national est de 101%²⁷. Ceci s'explique notamment par le coût et la difficulté de trouver des terrains disponibles sur Paris. Toutefois, le département se fixe pour objectif de rattraper le niveau d'équipement en EHPAD de l'Île de France (80%) d'ici 2016. Dans le Val de Marne, historiquement, le CASV a signé une convention avec le Conseil Général l'engageant à accueillir jusqu'à cinquante Val de Marnais. A ce jour, ce quota est largement dépassé bien que la convention n'ait pas été dénoncée. Cette souplesse s'explique probablement par un moins grand intérêt pour les Parisiens d'intégrer cette résidence perçue comme n'étant pas suffisamment de proximité et par le nombre de demandes importantes émanant du Val de Marne. En effet, la résidence Cousin de Méricourt est un établissement dynamique et ouvert sur son territoire. Il est vrai que la directrice est, par exemple, membre du comité de pilotage du CLIC 7 et a par ailleurs signé des conventions avec tous les établissements hospitaliers gériatriques du secteur. L'établissement est donc très bien repéré par les professionnels susceptibles d'orienter des résidents. De plus, il fait partie des établissements attractifs sur le secteur de par son statut d'établissement habilité à l'aide sociale. En effet, en raison des tarifs relativement élevés des EHPAD en région parisienne et de la population âgée sur le Val de Marne qui relève majoritairement de la classe moyenne, une bonne partie de la population ne peut prétendre qu'à une structure habilitée.

L'EHPAD Cousin de Méricourt est entièrement habilité à l'aide sociale. De fait, la part des personnes hébergées au titre de l'aide sociale représente au 31 décembre 2009 plus de la moitié des résidents (63,07%).

A cette même date, la moyenne d'âge des résidents était de 86 ans, 87 ans pour les femmes et 80,5 pour les hommes. Cette moyenne ne fait qu'augmenter puisqu'elle était de 81.9 en 2005 puis 85.2 en 2006. Ceci est principalement lié au fait que les personnes rentrent de plus en plus tardivement en établissement.

L'EHPAD Cousin Méricourt, comme tous les EHPAD, accueille une population de plus en plus en perte d'autonomie. En effet, le GMP est passé de 736 en 2006 à 813,30 en 2009. Ce qui signifie que la majorité des résidents sont en GIR 1. Parmi eux, nombreuses sont les personnes présentant un syndrome démentiel. Rappelons que l'établissement comprend 5 unités de vie protégées de 17 résidents chacune. Sur l'ensemble de l'établissement, fin 2009, on recense 64,95% de personnes qui ont un syndrome démentiel. Le Pathos Moyen Pondéré (PMP)²⁸ est de 154 tandis que la moyenne pour les EHPAD est de 125.

Par conséquent, ce sont autant de personnes susceptibles d'être placées sous mesure de protection juridique.

1.3.4. Population sous mesure de protection juridique

A ce jour, sur 318 résidents 115 sont sous mesure de protection juridique ce qui représente 36% des personnes hébergées. Une enquête menée par le DREES²⁹ en 2007 indique que 43% des résidents en USLD, 32% des résidents EHPA et 28% des résidents en EHPAD sont sous mesure de protection juridique. La résidence Cousin de Méricourt a donc un pourcentage de majeurs protégés plus important que les structures de sa catégorie.

Les mesures se déclinent en : 1 mesure en cours, 9 mandats spéciaux, 11 curatelles simples, 22 curatelles renforcées et 72 tutelles. Compte tenu de la prévalence forte de perte d'autonomie, il est logique de retrouver majoritairement des personnes sous tutelle. Le profil des personnes sous mesure de protection juridique est le suivant : la moyenne d'âge est de 85 ans et elles sont globalement classées en GIR 1 ou 2. Pour 45 d'entre elles la mesure est gérée par une association (14%), pour 34 par un tuteur privé (10,6%) et pour 33 d'entre elles par la famille (10%). Seules 3 personnes ont leur mesure gérée

²⁷ Données issues du schéma gérontologique 2006-2011.

²⁸ PMP : Il permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des pathologies dans une population à un moment donné.

²⁹ Prévot J., 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et résultats*, DREES, n°699, août.

par un préposé rattaché à l'hôpital St Anne (moins de 1%). Ceci est lié au fait que ces personnes ont été hospitalisées au sein de cet établissement avant leur admission à Cousin de Méricourt.

Au niveau national, l'enquête de la DREES indique que 9% des résidents disposent d'une protection juridique assurée par la famille ; pour 8%, elle est assurée par une association, pour 5 % par un tuteur privé, pour 3% par un établissement (y compris l'établissement d'hébergement) et pour moins de 1 % par un autre organisme (CCAS, etc.). A l'inverse des données nationales, la part des familles qui assurent une mesure de protection juridique au sein de la résidence Cousin de Méricourt est minoritaire. En revanche les associations ont une place prépondérante. Ceci peut s'expliquer notamment en raison de l'isolement des personnes accueillies. En effet, le schéma régional des mandataires judiciaires mentionne que dans le Val de Marne, « *les juges des tutelles confient aux services mandataires les ordonnances de mise sous protection juridique des personnes, dont le suivi médical nécessite une adaptation particulièrement complexe, soit du fait de la gravité même de la pathologie, et/ou de l'isolement social dont souffre la personne* ».

En termes d'analyse, il sera donc très important d'observer la place des familles au sein de la résidence. 83 personnes sont hébergées au titre de l'aide sociale, ce qui représente 72% et dénote pour les majeurs protégés de la résidence de faibles ressources. Ce taux est beaucoup plus important que le reste de la population de l'établissement.

1.4. Le foyer logement³⁰ l'Aqueduc

1.4.1. Tarifs de l'établissement

Les tarifs sont variables en fonction de la taille de l'appartement et s'échelonnent de 607,60 € à 733,15 € par mois. Les locataires, en fonction de leurs ressources, peuvent bénéficier de l'allocation logement et/ou de l'aide sociale.

1.4.2. Le personnel de l'établissement

Le foyer est constitué d'une petite équipe de 14 agents, un cadre de santé, une infirmière, 5 aides soignants et 7 agents sociaux (ASO). Le personnel est composé principalement de soignants en raison de l'existence du service de soins (point développé ultérieurement).

Cet établissement bénéficie par ailleurs :

³⁰ Les foyers logements accueillent des personnes âgées autonomes dans des studios adaptés et sécurisés permettant une indépendance de vie, tout en bénéficiant sur place ou à proximité de services collectifs complémentaires (repas, animations...) (Définition extraite du schéma gérontologique de Paris)

- de l'intervention trois fois par semaine de l'assistante sociale de Cousin de Méricourt ;
- de temps de présence de médecin de l'EHPAD afin d'organiser les visites de pré-admission et le suivi médical de quelques résidents notamment lors de l'absence ou l'indisponibilité de leurs médecins traitants ;
- de l'intervention du régisseur de l'EHPAD chargé d'encaisser les loyers.

1.4.3. Population globale

Le foyer étant rattaché au CASVP, il faut avoir vécu au moins trois ans à Paris dans les cinq ans précédant la demande pour pouvoir prétendre à un hébergement au sein de cet établissement. Pour les non Parisiens des dérogations sont parfois accordées. Ce foyer a historiquement toujours accueilli une population âgée marginalisée mais autonome. Le schéma gérontologique 2006-2011 de Paris indique en effet que le CASVP a été amené à accueillir au sein de ses foyers « *un public en difficulté sociale voire comportementale relatives à la précarité, à la dépendance à l'alcool...* » Ce schéma mentionne que leurs projets de vie doivent être repensés.

De par cette particularité, cette population présente certaines caractéristiques. Au sein de cet établissement résident majoritairement des hommes. Sur 81 résidents seuls 20 personnes sont des femmes. Ces dernières pour la plupart ont travaillé mais elles étaient gardienne ou logées dans leur famille, elles ont donc dû à un moment donné trouver un nouveau logement. Majoritairement, les personnes sont orientées par les services sociaux d'arrondissements de la ville de Paris. En règle générale, elles arrivent vers l'âge de 64 ans. Elles sont donc autonomes. En effet, le GMP de l'établissement est relativement bas (174), à savoir que plus le GMP est élevé plus les résidents ont un degré de dépendance important.

Ces personnes sont donc globalement plus jeunes et plus fragilisées par une vie précaire que celles habituellement accueillies dans ce type de structures.

Compte tenu de leurs parcours de vie, les résidents ont pour la plupart très peu de ressources. En effet, sur 81 résidents seuls 10 sont hébergés à titre payant, les autres bénéficient de l'aide sociale. Par ailleurs, 50 bénéficient de l'aide sociale d'Etat. En principe, l'aide sociale à l'hébergement est versée par le département auquel est rattachée la personne par son domicile de secours. Néanmoins, l'Etat verse l'aide sociale pour toutes les personnes sans domicile ou réfugiées qui ne peuvent donc justifier d'un domicile de secours. La majorité des résidents proviennent essentiellement de Paris. Il y a toutefois quelques Val de Marnais. Je ne dispose pas de chiffre précis car cet établissement ne réalise pas de rapport d'activité. En effet, le CASVP n'a aucune attente

en la matière vis-à-vis des foyers logements. Par ailleurs, la direction dispose d'indicateurs d'activité réguliers depuis la mise en place du service de soins. Ainsi, la direction ne perçoit plus le rapport d'activité comme un document nécessaire. Les informations ont donc été collectées auprès de la responsable de la résidence. La plupart des résidents n'ont plus de famille ou plus de lien avec elle : la responsable estime que seuls 5% des résidents, principalement des personnes de la communauté asiatique, ont des contacts avec leur famille.

1.4.4. Population sous mesure de protection juridique

Les personnes au sein du foyer étant relativement autonomes, peu d'entre elles sont sous mesure de protection juridique (10). De plus, lorsque qu'une mesure est mise en place cela concerne majoritairement une curatelle simple (4). Deux sont sous mesure de curatelle renforcée, une sous tutelle et trois mesures sont en cours.

La moyenne d'âge des majeurs protégés est d'environ 74 ans. Pour 6 d'entre elles la mesure est gérée par une association, pour 2 par l'hôpital, pour 1 par un tuteur privé et pour 1 par la famille.

2. Les actions mises en œuvre afin de mieux répondre aux droits et aux besoins des usagers

2.1. Le projet d'établissement, projet de soins et projet de vie

2.1.1. Un projet d'établissement co-construit avec les équipes

Le projet d'établissement, obligatoire depuis la loi du 2 janvier 2002, se veut la traduction opérationnelle de la convention tripartite signée entre l'Etat, le département de Paris et le CASVP en date du 25 février 2008.

Il s'appuie sur les valeurs institutionnelles que sont la recherche continue de la qualité des prestations offertes aux résidents accueillis, dans tous les domaines de la vie institutionnelles, et le respect de leurs droits et libertés³¹. Les droits des résidents inscrits comme valeurs de l'institution font donc partie pour la direction d'un postulat qui doit être dans l'esprit de tous les professionnels.

³¹ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de la Fondation Nationale de Gérontologie

2.1.1.1. Les axes d'orientation

Les objectifs déclinés dans le projet d'établissement 2008-2012 sont définis selon 6 axes :

- améliorer le confort des chambres ;
- offrir une prise en charge individualisée pour les résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés ;
- mieux accompagner la fin de vie ;
- améliorer de façon constante la qualité des services, soins, hôtellerie, animation, accueil ;
- faire participer les résidents et leurs familles à la vie de l'établissement ;
- inscrire le CASVP dans un réseau gérontologique et de soins coordonnés.

2.1.1.2. Méthodologie de mise en oeuvre

Afin d'élaborer le projet d'établissement mais aussi de le faire vivre et évoluer, dès 2008 des groupes de travail ont été mis en place. Ils portent sur le projet de vie, le projet de soins et le projet social (ressources humaines).

Ces groupes se composent de l'ensemble du personnel de l'établissement qui est réparti en 8 sous-groupes : l'animation, le linge, le suivi des UVP, l'éthique, la traçabilité des soins de nursing, les escarres, la prévention et la gestion des conduites addictives des résidents et la gestion des ressources humaines. C'est donc dans un esprit de co-construction avec les équipes que la direction a mis en place le projet d'établissement qui permet de donner du sens aux actions et de définir ensemble les orientations à moyen et long terme. Il favorise ainsi pour les équipes une projection dans l'avenir.

La démarche projet pour un directeur est donc très importante et un moyen par ailleurs de mobiliser et accompagner les équipes au changement. Selon Amblard et coll. « le projet permet de renforcer la confiance pour faire converger les actes en univers incertain ³² ».

2.1.2. Le projet de vie

L'analyse du projet de vie reposera essentiellement sur une présentation de l'organisation des établissements et sur une observation de l'expression des droits des résidents au moment de l'admission (2.1.2.1) et dans le cadre du projet d'animation (2.1.2.2)

³² Amblard, Bernoux, Herreros, Livian « Les nouvelles approches sociologiques des organisations », Seuil

2.1.2.1. L'accueil et l'admission

Toute demande d'entrée en établissement est formulée à partir d'un dossier, composé d'un volet administratif et médical. Dans le Val de Marne, c'est le dossier unique d'entrée en établissement qui est utilisé. Cet outil a été mis en place en 2007 sur le secteur 7 par le CLIC et l'ensemble des EHPAD du secteur. A cette époque la résidence Cousin de Méricourt a activement participé au projet. Les arrondissements de Paris utilisent quant à eux le dossier réalisé par le CASVP.

Lorsque le dossier médical a été accepté par le médecin coordinateur de l'établissement et le dossier administratif validé par le CASVP, il est systématiquement proposé à la personne âgée et à son entourage une visite de pré-admission. Cette rencontre est organisée dans un premier temps en présence du médecin coordinateur et d'un cadre de santé puis dans un deuxième temps par un membre du service des admissions. Elle a pour but de s'assurer que l'établissement est en capacité d'accueillir la personne et que la personne accepte de rentrer dans l'établissement. Le consentement du futur résident est donc recueilli à cette occasion. Par ailleurs, une visite de l'établissement est systématiquement proposée.

Dès qu'une place sera disponible, la personne ou son entourage sera informé par téléphone de la possibilité d'accueil.

A l'admission, le contrat de séjour sera constitué et le livret d'accueil, la charte des droits et libertés et le règlement intérieur³³ (outils de la loi 2002-2) seront remis au résident et/ou à son représentant légal. Par ailleurs, la charte des droits et libertés est affichée au sein de l'établissement et donc consultable à tout moment.

Le règlement intérieur définit les droits et les devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective. Il est important de rappeler aux résidents et à leur entourage qu'ils ont également des obligations dont notamment le respect de l'autre (résidents ou personnel). Ces documents contribuent à mettre en œuvre le **droit à l'information** énoncé au sein de l'article L311-3 du CASF.

C'est lors de l'admission que seront recensés les choix du futur résident : prise en compte des goûts alimentaires etc. (cf : l'avenant au contrat de séjour annexe 3).

Au sein du projet d'établissement, il était prévu de désigner un référent institutionnel pour la personne âgée (cadre de santé du bâtiment d'accueil) dès son entrée dans l'établissement. Compte tenu de la difficulté à mettre en œuvre le rendez-vous d'admission en adéquation des plannings des uns et des autres, il a été jugé plus

³³ Le règlement de fonctionnement organise les rapports entre les résidents et le CASVP dans les différents aspects de la vie en EHPAD : admission, condition de séjour, dispositions financières et départ des résidents.

opportun de ne pas mettre en place de référent. Ce choix est également conforté par l'idée que lorsque le référent s'absente il n'y a plus de lien privilégié.

Par ailleurs, une enquête de satisfaction réalisée en 2009, auprès des résidents et des familles, fait état que 95% des résidents et 92% des familles interrogés savent auprès de qui s'adresser en cas de besoin. Au vu de ces éléments, la désignation d'un référent n'aurait que peu d'intérêt. C'est également lors de l'admission que sera désignée la personne de confiance (ce point sera développé ultérieurement). De façon générale, c'est la personne qui accompagne le futur résident lors de son admission qui est mentionnée en tant que personne de confiance sur le contrat de séjour.

Initialement, un bilan de l'intégration du résident était réalisé par la psychologue à trois mois, six mois et un an. Faute de temps cette organisation a été assouplie et n'est plus systématique. Dans un objectif de rationaliser le temps de travail, il est prévu de cibler les interventions à destination de ceux qui en ont le plus besoin. La psychologue pour les résidents est très régulièrement sollicitée par les soignants qui lui font part du besoin d'accompagnement des patients.

Cette démarche des équipes dénote le souci d'accompagnement psychologique et de bien être des résidents. Mais elle peut également être révélatrice d'une difficulté des équipes à accompagner les résidents en souffrance psychique voire agressifs.

Cette analyse a été confirmée lors des entretiens avec les soignants qui ont exprimé leur difficulté à prendre en charge les patients ayant des troubles psychiatriques. Ils estiment qu'ils ne sont pas formés pour l'accueil de ce public. Le plan de formation effectivement ne fait pas mention de formation destinée à la prise en charge des troubles psychiatriques.

2.1.2.2. Vie sociale

2.1.2.2.1. Animation

Au sein de Cousin de Méricourt le premier projet d'animation a été formalisé en 2006. Il traduit la volonté par la direction de favoriser une vie agréable au sein de son établissement et repose sur la philosophie « l'important n'est pas de donner des années à la vie mais de donner de la vie aux années³⁴ ».

L'équipe d'animation, rattachée à la direction des soins, se compose d'une animatrice et de deux agents sociaux hospitaliers. Toutefois, l'ensemble du personnel est mis à contribution notamment à l'occasion de grands événements festifs comme les journées à thèmes organisées deux fois par an.

³⁴ Citation de John F. Kennedy « Il ne faut pas chercher à rajouter des années à sa vie, mais plutôt essayer de rajouter de la vie à ses années ».

De plus, afin que le personnel soignant s'implique également dans l'animation, deux cadres de santé se sont vus investis de deux missions transversales : l'un coordonne l'animation centrale et l'autre l'animation dans les étages.

Jusqu'au recrutement récent d'une nouvelle animatrice, l'animation en étage était quasi inexistante. Le cadre de santé chargé de ce projet pense en effet que le personnel soignant n'a pas le temps matériel pour assurer ces actions. Est-ce réellement une question de temps ou de culture ? Pascal Champvert³⁵ à propos des soignants évoque que « *le lien social doit être une préoccupation constante des personnels et ne peut être envisagée « si on a du temps après les soins »* ».

Le départ à la retraite prochainement de ce cadre de santé n'est peut être pas étranger à ce positionnement qui ne contribue pas à dynamiser les équipes.

J'ai pu constater au cours de mon stage une nette amélioration du fait du passage de cette animatrice tous les jours dans un étage différent. Toutefois, environ 80% des activités se déroulent au rez-de-chaussée, ce sont donc seulement les plus valides qui peuvent en bénéficier. Ces activités sont variées (cinéma, atelier cuisine...) et devraient permettre de satisfaire et répondre aux besoins de la majorité. Cependant, la rencontre de certains résidents montre que la réalité est différente.

En effet, lorsque l'expression des souhaits de chacun est favorisée, des demandes émergent : ainsi volonté de participer à des activités culturelles extérieures à la résidence, une résidente notamment souhaiterait pouvoir s'inscrire à un club de la ville pour pouvoir rencontrer de nouvelles personnes et être plus en lien avec l'extérieur. De plus, 8 personnes sur les 11 interrogées expriment un sentiment de solitude. Au premier abord ceci peut paraître paradoxal car l'établissement est grand, il y a donc toujours du personnel à proximité ou d'autres résidents. Mais les personnes âgées sont en demande de liens « privilégiés » avec une personne plutôt extérieure à l'établissement.

En effet, bien que dix personnes sur les onze interrogées aient de la famille, ce n'est pas pour autant qu'elles ont des contacts téléphoniques et encore moins des visites. Ceci est lié à l'éloignement géographique de la famille ou parfois, à l'absence de liens depuis plusieurs années. Seules trois personnes sur onze ont des visites, deux assurées par le tuteur familial et une par un voisin. Concernant les contacts téléphoniques, seules 2 personnes reçoivent parfois des appels de leur famille. A noter, que trois résidents ne disposent pas de téléphone en raison du coût que cela génère (frais d'abonnement et de communication), ce qui renforce très fortement leur isolement.

³⁵ « Les établissements pour personnes âgées évoluent-ils vers des établissements de santé ? » 2001, Revue de Gériatrie vol 26, n°10

Richard Vercauteren³⁶ et coll indiquent en effet que « *la solitude est effectivement un grave problème ; elle entraîne en effet avec elle toutes les autres difficultés de dépendance et d'ennui, à travers un syndrome de glissement. Etre seul équivaut à ne plus avoir envie, à ne plus ressentir de désir. Cette solitude n'est d'ailleurs pas exclusive d'une vie chez soi, on trouve aussi des personnes seules en maison de retraite* ».

Par ailleurs, les actions collectives ne retiennent pas forcément l'adhésion des plus autonomes car ils ne veulent pas être avec les autres « les plus désorientés ». Certains sur ce motif ont même tendance à se replier sur eux même et à limiter les sorties de leur chambre. Tous les ans, une enquête portant sur le recueil des attentes des résidents est menée par des étudiants en soins infirmiers. Lors de l'étude de 2005, il était justement ressorti pour 15 des 60 personnes interrogées le souhait de recevoir des visites dans leur chambre (demande majoritaire avec les sorties dans le parc).

En 2008, 31% des personnes interrogés soient 18 personnes expriment le souhait de recevoir la visite d'un bénévole. De plus, 26 personnes (39%) ont indiqué ne jamais participer aux animations ; ce chiffre est en augmentation puisque l'étude de 2009 fait état de 47%. A ce jour, la prise en compte des aspirations de chacun n'est pas suffisamment réalisée. Des visites à l'extérieur sont parfois organisées via un transport avec le minibus de l'établissement. Toutefois, ce dernier n'est pas adapté en matière de sécurité pour les fauteuils roulant ce qui de fait exclut ces personnes pour les sorties. Ce problème a été soulevé par la direction à plusieurs reprises auprès du CASVP. Pour autant aucune réponse n'a été apportée à ce jour.

La mise en place d'actions d'animation plus individualisées s'impose. Toutefois, compte tenu des contraintes budgétaires et du nombre important de résidents, seule une action bénévole en soutien de l'équipe d'animation pourrait répondre à ces demandes.

2.1.2.2.2. *Bénévolat*

Une association bénévole dénommée « l'Ami Si Sol » intervient déjà au sein de l'établissement. Elle a été créée par une famille pour développer l'animation musicale au sein de la résidence. De plus, ces personnes relativement investies au sein de la résidence participent au conseil de la vie sociale (CVS), ce sont les seules représentantes des familles.

Par ailleurs, des résidents qui restent en étage ont exprimé leur passion et affection pour les animaux. Au sein de la résidence, il y a un chien - celui de l'animatrice. Il est promené dans le parc tous les jours par un résident qui ne voudrait céder sa place pour rien au monde.

Autrefois, l'association « Parole de chien » intervenait mais en 2009, en raison du congé maternité de la responsable, le projet a périclité et n'a pas été relancé.

³⁶ Richard Vercauteren et coll « animer une maison de retraite », èrès
Delphine PETITJEAN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

Le projet de vie 2006-2010 fait mention qu'un partenariat avec une association de bénévoles spécifiquement orientée vers l'animation est recherché par l'établissement. Ceci a été réalisé en 2006 avec l'Ami Si Sol. Toutefois, cette dernière, ayant des difficultés à recruter des bénévoles, repose essentiellement sur le dynamisme de deux personnes, ce qui ne permet pas de répondre à la demande de visites en chambre.

Il est toutefois important de souligner la qualité des interventions de cette association qui réuni à chaque manifestation entre dix et vingt personnes.

A ce jour, il n'existe pas de critère défini pour évaluer la qualité des prestations des associations de bénévoles. Toutefois, l'évaluation des actions menées par les associations est faite régulièrement au sein du CVS et lors des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles.

2.1.3. Le projet de soins

Au travers du projet de soins, je vais analyser comment en s'appuyant sur les textes et l'organisation de l'institution les professionnels peuvent accompagner les plus vulnérables dans le respect de leurs droits : droit au refus de soins (2.1.3.1), droit à une fin de vie digne (2.1.3.2) et droit au respect dans une démarche de bientraitance (2.1.3.3)

2.1.3.1. La recherche du consentement : désignation d'une personne de confiance

Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne. Le droit à l'information et au consentement en matière de soins est reconnu à tous, y compris aux personnes majeures protégées. Le consentement du majeur, notamment sous tutelle, doit être systématiquement recherché si ce majeur est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Le principe du consentement des majeurs vulnérables est confirmé par la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée. Selon l'article 7 sur le droit à l'autonomie, l'accomplissement par la personne des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation. La personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Si le législateur consacre le principe du libre consentement aux soins pour les majeurs protégés, il admet également que le consentement aux soins peut être impossible en raison de l'état du patient.

Exprimé dans l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique³⁷, le droit pour le patient de consentir à l'acte médical consacre un véritable droit à l'autonomie. Le consentement au soin devient donc la règle essentielle du droit des personnes malades.

C'est dans ce même article qu'apparaît pour la première fois la « personne de confiance ».

Cette dernière est désignée par le patient pour l'accompagner dans ses démarches médicales. Lorsque le patient est lucide, la personne de confiance ne donne qu'un avis.

Le quatrième alinéa dispose que « *lorsque la personne (malade) est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches n'ait été consultée* ». Il s'agit là d'une véritable innovation de la part du législateur qui, poussant l'idée d'autonomie à son paroxysme, prévoit, dans le cas où le consentement personnel du malade est impossible, ce que l'on pourrait appeler un « consentement de substitution ». En d'autres termes, si le malade n'est pas en état de donner son consentement, d'autres personnes, notamment la « personne de confiance », pourront le faire à sa place. Cette innovation du législateur suscite une réflexion sur l'intervention d'un tiers dans la vie de l'utilisateur du système de santé.

On retrouve cette personne de confiance dans l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique, unique article de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 consacré exclusivement à la « personne de confiance » et selon lequel « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les majeurs sous sauvegarde de justice ou curatelle peuvent librement désigner une personne de confiance. Désormais, lors d'une décision médicale à prendre, l'accord du majeur suffit. Il n'est plus nécessaire de solliciter l'avis du curateur. Si le majeur n'est pas en capacité d'exprimer son avis, c'est la position de la personne de confiance qui prime sur celle de la famille ou du curateur.

³⁷ Article L. 1111-4 alinéa 1 du CSP : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

Le mandat de protection futur peut prévoir que le mandataire exercera les missions confiées à la personne de confiance³⁸.

Le juge ne donnera son avis que s'il est porté atteinte à l'intégrité physique de la personne.

En revanche, les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. La loi exige en matière de soins un accord du tuteur, ainsi, le tuteur peut être amené à prendre des décisions relatives à la réalisation d'un acte médical.

2.1.3.2. L'accompagnement de la fin de vie

Les personnes âgées accueillies au sein de Cousin de Méricourt sont pour la plupart vulnérables, mais elles le sont d'autant plus en fin de vie.

L'établissement tente dans la mesure du possible de ne pas hospitaliser les personnes en fin de vie estimant que les hospitalisations peuvent avoir des effets délétères. Ainsi, en 2008, 22 personnes sont décédées au sein de l'établissement et 41 en 2009.

Pour limiter ces hospitalisations, un nombre important d'agents a suivi des formations adaptées. De plus un groupe de travail pluridisciplinaire a constitué un livret intitulé « fin de vie ». Ce document a pour objectif de fournir des renseignements pratiques pour les soignants et vient en appui des formations.

Le médecin coordinateur estime que la fin de vie évolue : « *autrefois il y avait beaucoup plus d'urgences par conséquent on faisait beaucoup plus appel au SAMU* ».

Il explique ce changement par le développement des politiques de prévention notamment des maladies cardio vasculaire. Ainsi, il constate que les personnes âgées vivent plus longtemps avec des pathologies bien soignées. En revanche, « *comme elles avancent en âge, elles sont plus fragiles et partent plus vite* ». Par conséquent les fins de vie sont plus courtes.

Afin d'assurer une fin de vie la plus digne possible, la direction a fait appel à l'association pour le développement des soins palliatifs (ASP).

De plus, pour renforcer et soutenir le personnel dans le cadre notamment des soins palliatifs des conventions avec l'hospitalisation à domicile (HAD) de la Croix St Simon et de l'AP-HP ont été signées respectivement en 2008 et 2009.

Dans la pratique les soignants sollicitent peu l'HAD. Selon le médecin coordinateur, ceci s'explique d'une part par un cadre d'intervention de l'HAD très restreint (ex : douleur

³⁸ Article L479 du Code civil.

difficile à équilibrer) et d'autre part par la vocation des soignants qui veulent assurer les soins jusqu'au bout même si les soins sont lourds.

En effet, les soignants expliquent qu'ils veulent assurer les soins par eux-mêmes car ils connaissent bien la personne et éprouvent le besoin d'être présent jusqu'au bout. Il est probable que s'ils ne le faisaient pas, ils seraient envahis par un sentiment de culpabilité - celui de ne pas avoir accompagné la personne et donc de ne pas avoir rempli leur mission mais aussi celui de n'avoir pas su. A mon sens, ce comportement est en partie lié à la notion de compétence. S'en remettre à l'autre n'est ce pas en un sens reconnaître ne pas avoir su faire ? Par ailleurs, en acceptant l'intervention de l'autre les soignants perdent une part de pouvoir. Il est vrai que les notions de savoir et de pouvoir sont très fortement liées.

Ce comportement peut s'analyser également comme un signe de défense face au danger d'un changement potentiel.

2.1.3.3. La bientraitance

La direction mène depuis de nombreuses années une démarche de qualité axée sur la bientraitance. Un guide intitulé « *Ensemble pour la bientraitance* » destiné aux personnels soignants et non soignants, a été élaboré par les équipes en 2002. Cette initiative a obtenu le prix spécial du jury Initiatives de la bientraitance, Ville de Paris en 2005.

Afin que cette démarche soit portée par le personnel, des sessions de formation ont été menées et sont encore régulièrement conduites par l'une des psychologues de l'établissement. Elle assure l'accompagnement des équipes au quotidien et des groupes de parole pour favoriser les temps d'échanges et d'expression.

La directrice a par ailleurs participé au groupe de rédaction des recommandations de l'ANESM en la matière³⁹.

Un groupe de travail sur l'éthique a été constitué le 7 juin 2007, et a donné naissance à un Comité d'éthique qui s'est mis en place en décembre 2008.

La formation de type « humanitude » fondée sur le respect de l'autre contribue à œuvrer dans le sens de la bientraitance. Un certain nombre d'agents ont pu bénéficier de cette méthode d'accompagnement. Cette formation mise en place par Yves Gineste et Rosette Marescotti a pour particularité d'être fondée sur la pratique et non la théorie. C'est une méthode innovante qui a fait ses preuves et qui tend à se développer dans tous les établissements qui accueillent des personnes très dépendantes.

Le groupe de soignants interrogé n'a pas bénéficié de cette formation, pour certains d'entre eux ils ne la connaissaient pas. Ainsi un effort au niveau du plan de formation sera à faire pour qu'une majorité de soignants puissent maîtriser ce concept.

2.2. L'exercice des droits et des libertés individuels

2.2.1. Recueil des avis et remarques des résidents et des familles

Pour recueillir les avis et remarques des résidents et des familles, la Résidence Cousin de Méricourt a mis en place trois outils : le CVS (2.2.1.1), les enquêtes de satisfaction (2.2.1.2) et un registre de satisfaction (2.2.1.3).

2.2.1.1. Le Conseil de la vie sociale

Introduit dans les établissements médico-sociaux par la loi du 2 janvier 2002, il exerce un rôle consultatif. Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions relatives au fonctionnement de l'établissement, notamment les animations, les projets de travaux et d'équipements, les tarifs ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Ce Conseil se compose de représentants des usagers, des familles, du personnel, de l'organisme gestionnaire, du directeur de l'établissement et d'un élu de la commune.

Ce lieu d'expression pour les résidents n'est pas toujours très actif. Compte-tenu de la population des EHPAD de plus en plus dépendante, il est parfois difficile de mobiliser des représentants des résidents. Quant aux familles, elles s'investissent rarement au sein des EHPAD, il est donc complexe d'obtenir des représentants au sein du CVS.

Au sein de la Résidence Cousin de Méricourt, bien que les résidents soient pour la plupart fortement dépendants, six d'entre eux sont représentants titulaires et six suppléants. Pour avoir participé à deux Conseils lors de mon stage, j'ai constaté que lorsque l'on favorise au cours de la réunion la prise de parole des résidents, ils s'expriment bien volontiers et n'hésitent pas à donner leur avis et à évoquer ce qui pose problème.

Ainsi, le CVS peut réellement être un lieu d'expression formidable pour qui sait et ose s'en saisir. La participation au CVS repose sur une communication importante et explicite du rôle de cette instance. Chaque professionnel de l'établissement a son rôle à jouer comme vecteur d'information auprès des résidents, mais aussi des familles. Ces dernières à ce jour sont très peu impliquées, seules deux personnes participent (un titulaire et un suppléant). Il s'agit justement des fondateurs de l'association l'AMI SI SOL. Ces temps de rencontres sont l'occasion pour l'association de faire le bilan de son activité et de proposer de nouveaux projets.

Le cadre de santé, responsable de l'animation a présenté récemment au cours d'un conseil le bilan de l'année des actions d'animations. Ainsi, le CVS est l'occasion de recueillir les suggestions, remarques et satisfaction des résidents.

Le personnel dispose au sein du CVS de trois titulaires et trois suppléants. Les élections ont lieu tous les trois ans. Les prochaines se dérouleront le 20 septembre 2010. Les appels à candidatures seront adressés par courrier avant l'été. Cet événement représente également une occasion de communiquer sur ce dispositif et d'inviter les personnes à participer. La communication est renforcée par l'affichage dans le hall de l'établissement des relevés de conclusion.

2.2.1.2. Enquête de satisfaction

Depuis 2003, une enquête de satisfaction est réalisée tous les ans auprès des résidents et des familles. Pour les résidents, afin de maintenir l'anonymat ce sont des élèves aides soignants et infirmiers qui administrent le questionnaire et pour les familles un questionnaire est adressé par courrier.

Les taux de participations des familles sont plutôt satisfaisants (40%).

2.2.1.3. Registre de satisfaction

Ce registre est placé à l'entrée de l'établissement pour être facilement visible et accessible pour tous. Il est régulièrement consulté par la direction (1 fois par mois). Lors de réclamations, la direction reçoit les familles avec les cadres de santé dans un délai de 2 à 3 semaines maximum.

Cette action permet de faciliter l'expression des familles qui malheureusement sont peu représentées au CVS. Le registre présente l'avantage pour les familles de pouvoir à tout moment s'adresser à la directrice qui ne pourrait pas forcément être disponible au moment où survient l'incident.

2.2.2. La liberté « d'aller et venir »

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Pour assurer aux résidents leurs droits fondamentaux, tout doit être mis en oeuvre pour favoriser l'exercice de ce droit.

Un exemple qui à mon sens illustre cette liberté, il concerne l'organisation d'un retour à domicile. L'assistante sociale de l'établissement a à plusieurs reprises contribué au retour à domicile de la personne accueillie. Par cette démarche, on favorise le respect du droit à chacun d'aller et venir et du choix du lieu de vie.

Sur le plan médical, cette question du respect du droit d'aller et venir implique la notion de responsabilité. Respecter le droit de déambuler notamment d'un patient Alzheimer suppose que l'on accepte le risque de chute et la responsabilité que cela implique. Au sein de Cousin de Méricourt, ce droit est respecté car la Direction et le médecin coordinateur n'appliquent pas le principe de précaution stricto sensu lui-même réducteur de liberté.

Pour illustrer mes propos, je prendrai comme exemple le nombre de chutes dans l'établissement (263 en 2009). Elles sont très importantes puisque plus d'un résident sur 3 est tombé en 2009. Ces chiffres reflètent à la fois une grande fragilité du public accueilli, mais également une liberté d'aller et venir. Concernant le contrôle des sorties inopinées, l'établissement a fait le choix de privilégier une surveillance accrue du personnel d'accueil situé à l'entrée de l'établissement. Mais aucun matériel type vidéo surveillance ou bracelet électronique n'est installé.

Cette position de la direction est en conformité avec les recommandations de la conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir⁴⁰, fruit de la réflexion commune menée par la Fédération Hospitalière de France et l'ANAES⁴¹.

D'après le jury de la conférence de consensus, « *la réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine (maintien du contact à tout prix avec la personne, accompagner son déplacement, trouver un sens à son déplacement), organisationnelle (présence humaine à la porte de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée) et architecturale (recherche de la meilleure réponse en matière de qualité des espaces, de qualité de travail et d'accueil : maîtrise des déplacements des personnes âgées désorientées, des visiteurs, des personnes accueillies et des professionnels ; limitation des accès à une zone contrôlée), ce qui suppose un encadrement et une formation suffisante des professionnels au contact des personnes vulnérables.* »

Ce choix n'est pas sans poser des difficultés d'organisation notamment au sein des UVP. En effet, ces unités situées au dernier étage de chaque bâtiment ne sont pas fermées. Ainsi les résidents désorientés ayant échappés à la surveillance du personnel (2 pour 17 résidents) prennent parfois l'ascenseur voire dans le pire des cas les escaliers.

Il arrive donc fréquemment au personnel de ces unités d'être à leurs recherches. Dernièrement, l'une d'entre elle a chuté dans les escaliers et a eu le visage tuméfié. Or, il semblerait que pour des raisons de sécurité incendie les portes donnant accès aux escaliers ne puissent être bloquées.

Compte tenu du rôle important de proximité rempli par les professionnels en UVP et de la particulière fragilité des résidents accueillis, ces soignants se sentent en partie responsables de ces événements. Ils sont donc en demande de mise en place de solutions techniques type bracelet électronique.

Actuellement, en réponse à ce problème, la direction envisage de faire peindre des trompes l'œil.

⁴⁰ *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité.* 24 et 25 novembre 2004.

Dans un contexte où le personnel n'est pas suffisant au vu des besoins, il me semble difficile de tenir cette position de libre circulation. De mon point de vue, ceci est accentué par le fait que les familles sont de plus en plus procédurières.

Rappelons que le directeur est responsable de la sécurité des résidents et du personnel au sein de l'établissement. Ainsi la mise en place d'une organisation basée sur des directives claires auprès de l'ensemble du personnel est nécessaire mais à mon sens non suffisante. Sachant que l'organisation de l'institution repose sur la recherche par chacun des professionnels d'un équilibre entre les libertés et les obligations des usagers.

2.3. Une démarche axée vers la prise en compte permanente des besoins

2.3.1. Mise en place d'un service de courses

La plupart des résidents de l'établissement en perte d'autonomie ne sont pas en capacité de sortir de la résidence, même accompagnés, pour effectuer eux-mêmes leurs achats.

Ils n'ont pas ou peu de visites de leur entourage, ce qui est le cas pour 8 des 11 personnes rencontrées. Les tuteurs ne réalisent pas non plus les achats. Ils se chargent uniquement, à la demande de la personne ou du personnel, d'adresser l'argent à la régie. Par conséquent, pour assouvir leurs besoins, les résidents sollicitaient le personnel ou d'autres résidents en capacité de se déplacer. Il s'était instauré petit à petit dans l'établissement une « économie parallèle », car les autres résidents faisaient monnayer ce service.

En 2005, pour répondre aux besoins les plus simples des résidents (majeurs protégés ou non) se vêtir, se nourrir... la direction a jugé nécessaire de constituer un service de courses.

A l'origine, cette demande avait été formulée par les résidents lors d'un CVS.

Désormais, un chauffeur assure les courses des résidents qui peuvent ainsi se faire plaisir et acheter des aliments qui leur font envie ou du maquillage pour les dames coquettes et bien d'autres choses encore.

2.3.2. Prise en compte des besoins d'accompagnement social

En 2004, la Directrice de l'établissement a créé un poste d'assistante sociale afin de répondre en priorité aux besoins d'accompagnement des personnes accueillies à l'Aqueduc. Ces personnes étant pour la plupart en grande difficulté sociale et isolée, un

⁴¹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé devenue Haute Autorité de santé (HAS).

accompagnement, important et soutenu, s'avère nécessaire. Auparavant, cet accompagnement était réalisé par les travailleurs sociaux de secteur. Mais ce public a besoin, la plupart du temps, d'un suivi régulier et soutenu ce que ne pouvait réaliser le secteur. En particulier parce que les personnes ne sont pas actrices dans les démarches et ont pour « fâcheuses habitudes » de ne pas honorer les rendez-vous. Le financement du poste a pu se faire grâce à un emploi non pourvu que la direction a réaffecté.

L'Assistante sociale assure actuellement deux permanences par semaine à l'Aqueduc. Elle réalise également des démarches pour les résidents de l'EHPAD. Lorsque les personnes arrivent à l'EHPAD, de nombreuses démarches administratives sont à réaliser, changement d'adresse etc.. Or elles peuvent ne pas avoir d'entourage pour les réaliser. Les démarches sont d'autant plus conséquentes que les personnes arrivent très régulièrement suite à une hospitalisation. Dans ces situations, le projet d'entrée en institution n'étant pas anticipé, il n'a pas été préparé. Il faut donc réaliser toutes les démarches pour libérer le logement de la personne. L'assistante sociale avec l'accord du résident peut même être amenée à se rendre chez la personne pour faire des démarches (ex : faire couper les compteurs).

Lorsque les personnes arrivent de l'hôpital et qu'elles sont un peu désorientées, il est fréquent qu'une mesure de protection juridique soit également initiée par le service social hospitalier. Les délais liés à l'ouverture d'une mesure de protection sont particulièrement longs. Par conséquent, lors de l'admission dans l'établissement c'est l'assistante sociale qui supplait à la période de carence.

Généralement, l'accompagnement de l'assistante sociale évolue au cours du séjour du résident. Au départ, elle réalise principalement des démarches administratives. Ensuite elle apporte davantage des réponses en lien avec les besoins de la personne (ex : recherche des enfants, etc.). L'assistante sociale estime qu'un nombre beaucoup plus important de personnes devrait être sous mesure de protection juridique. Il semblerait que la démarche n'ait pas été mise en œuvre parfois car la personne ne disposait pas de patrimoine et que par ailleurs les tuteurs étaient peu présents au sein de l'établissement. De fait, l'absence des mandataires judiciaires au sein de l'établissement a petit à petit été compensée par l'établissement et ce dans un souci de réponses aux besoins des résidents. La Direction ayant comme objectif d'apporter un service de qualité, elle ne pouvait rester insensible à ces difficultés.

En matière d'évaluation de la qualité, l'établissement s'appuie sur l'outil d'auto évaluation ANGELIQUE⁴². Il permet de faire un repérage des points forts et des points faibles de l'établissement et de mesurer les progrès d'une année sur l'autre.

⁴² Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements

2.3.3. Evolution du poste de régisseur

La régie reçoit de la trésorerie principale « l'argent de poche » des bénéficiaires de l'aide sociale, il s'élève à 10% de leur retraite. Cet argent est mis sur un compte de dépôt à destination de leurs bénéficiaires. Lorsque les résidents souhaitent faire de petits achats, le régisseur débloque l'argent du compte de dépôt.

Pour les résidents de l'EHPAD, l'argent est remis au coursier qui effectue les achats. La livraison dans les chambres est effectuée par le régisseur afin d'exercer un contrôle des dépenses.

Le régisseur met en œuvre au sein de l'EHPAD le régime de sûreté des biens. Son rôle consiste à réceptionner et enregistrer les biens de valeurs : sommes d'argent, livret d'épargne, titres et valeurs mobilières, chéquiers, bijoux, etc.

Le régisseur est chargé d'encaisser les loyers pour les personnes payantes à l'Aqueduc, tâche particulièrement ardue compte tenu du public accueilli. Depuis l'instauration des marchés publics, la régie a vu son activité fortement baisser car elle n'a plus à réaliser les encaissements et les règlements pour les achats de matériels par exemple. Ceci est légèrement compensé par le suivi du règlement des loyers.

2.3.4. Création d'un service de soins au sein de l'Aqueduc

Autrefois, cet établissement disposait de lits en section de cure médicale, mais la réforme de la tarification des foyers logement a imposé de faire des choix avant le 31 décembre 2007. Soit l'établissement renonçait à la section de cure médicale et gardait le statut de foyer logement, soit il maintenait la section de cure médicale mais pour cela il devait se transformer en EHPAD et donc justifier d'un GMP de plus de 300.

La direction a maintenu le statut de foyer logement mais, pour garder le personnel et répondre aux besoins de soins existants en raison de la population accueillie, a créé en janvier 2008 un service de soins. En effet, la population accueillie présente des pathologies importantes en raison des conditions de vie préalable très précaires. La plupart de ces personnes n'ont pas eu pour habitude de prendre soin de leur état de santé et par conséquent ne sont pas ou peu allées vers les services de soins. Le service comporte 30 places, il permet d'assurer un suivi médical des résidents. Les problématiques les plus complexes rencontrées au sein de l'établissement concernent essentiellement les addictions à l'alcool et les troubles psychiatriques. A titre d'exemple, le CMP se déplace 2 fois par semaine au domicile d'une personne.

3. Difficultés rencontrées pour une meilleure prise en compte des besoins et des droits des usagers

Au sein des deux établissements le diagnostic réalisé a permis de mettre en avant un certain nombre de difficultés d'ordre organisationnel (3.1) et d'ordre éthique (3.2).

Toutefois, à ce niveau du mémoire la réflexion menée portera plus particulièrement sur l'EHPAD car la durée du stage ne m'a pas permis de réaliser de façon approfondie l'étude sur les deux structures.

3.1. Difficultés d'ordre organisationnel

3.1.1. Des acteurs nombreux, peu présents et peu disponibles

Au sein de l'EHPAD et du foyer logement, majoritairement ce sont les associations qui gèrent la majorité des mesures. Or on dénombre 9 associations qui interviennent au sein de l'EHPAD, auxquelles s'ajoute une association supplémentaire qui intervient au foyer. La structure qui gère le plus grand nombre de mesures est l'UDAF du Val de Marne avec 27 majeurs protégés, puis l'ATFPO avec 5 mesures. Les autres associations ont une intervention très marginale au sein des 2 établissements. L'UDAF94 gère par ailleurs 4 des 10 mesures au sein du foyer. 28 tuteurs privés sont recensés 28 au sein de Cousin Méricourt et 1 seulement au sein du Foyer. Le préposé d'établissement de St Anne gère 3 mesures à l'EHPAD et 2 au foyer.

Dans la mesure où ce sont les juges qui déterminent quel mandataire accompagnera le protégé, les établissements n'ont aucune maîtrise quant à la multitude d'acteurs. Cette diversité des intervenants n'est pas sans poser des difficultés pour les professionnels de l'établissement, tout particulièrement pour l'assistante sociale, les cadres de santé et le personnel des admissions.

En effet, cette diversité ne favorise pas les échanges interprofessionnels et le travail partenarial. Le peu de disponibilité des mandataires judiciaires et leurs rares interventions au sein de l'établissement accentuent une méconnaissance mutuelle.

Les associer aux actions menées par l'établissement, à savoir, la réflexion sur l'amélioration de la connaissance de « l'histoire de vie du résident » pourrait être utile et pertinent, mais reste à ce jour peu réalisable. Jusqu'à ce jour, aucune action n'a pu être engagée pour améliorer la situation.

Les entretiens menés auprès de quelques majeurs protégés (11 dont 8 seulement sont exploitables entièrement) m'ont permis de constater que 3 personnes n'ont jamais rencontré leur tuteur. Pour les autres, ces rencontres sont rares voire exceptionnelles : deux ne l'ont vu qu'une fois, une autre deux fois, une il y a plus de 2 ans et une 1 fois par an.

Six estiment que ce n'est pas suffisant. Ils souhaiteraient pouvoir le rencontrer au moins une fois par mois. En revanche deux d'entre eux ne souhaitent pas le rencontrer car ils considèrent que ce n'est pas nécessaire. Il est vrai qu'aujourd'hui, l'établissement, grâce aux différents services développés par la directrice, répond en grande partie aux éventuels besoins des résidents (voir partie 6.4). Ainsi, le résident ne ressent pas la nécessité de rencontrer son tuteur puisque ses besoins sont satisfaits.

Toutefois à ce jour, ce sont les besoins exprimés qui sont satisfaits mais il ne faut pas perdre de vue que les besoins latents eux sont plus difficilement repérables.

3.1.2. Implication et souffrances des équipes

A titre d'exemple, je vais m'appuyer sur la mise en place du projet de soins.

Pour la mise en place de ce projet, les cadres ne se sont pas mobilisés au motif de n'avoir pas suffisamment de temps. Il a donc été écrit par le médecin coordinateur et la directrice des soins.

La difficulté de mobiliser les équipes pour la rédaction de ce projet peut être analysée de plusieurs façons. D'une part, il s'agit d'une forme de résistance au changement et d'autre part cela provient de la difficulté d'écrire les usages et pratiques. Les soignants sont dans une culture du faire et beaucoup moins dans une culture de l'écrit. Ceci corrobore l'analyse du médecin coordinateur qui explique ce manque de participation comme un manque de formation.

La rédaction de ce projet s'est faite au moment de l'arrivée de la nouvelle directrice des soins. On peut penser que cette dernière n'avait pas suffisamment d'expérience et d'ancienneté avec ses équipes pour asseoir son autorité. Ainsi, des jeux d'acteurs se sont mis en place et les cadres de santé ont fait alliance en opposition à l'autorité.

Par conséquent, la démarche participative n'a pas été mise en œuvre pour ce projet. Ceci amène à s'interroger pour la suite en matière d'appropriation par les équipes.

Par ailleurs, en matière de gestion des ressources humaine, compte tenu du public accueilli au sein de L'EHPAD, on ne peut pas en tant que dirigeant faire abstraction de deux éléments très importants, l'usure professionnelle et la souffrance au travail.

La charge en soins générée par des résidents de plus en plus en perte d'autonomie pèse lourdement sur le ressenti exprimé par les équipes de manque de personnel.

Pour autant, l'EHPAD Cousin Méricourt n'est pas en sous effectif. En revanche la mise en place des RTT (25 par salarié) à une incidence forte sur ce ressenti. Les absences pourraient également expliquer cela. Toutefois l'absentéisme de 4,30% en 2009 est inférieur à celui de 2007 (4,79%) et 2006 (5,37%) et très inférieur à la moyenne nationale des services gériatriques (17%)⁴³.

⁴³ Chiffre communiqué par la Directrice

Les soignants que j'ai interrogés dans le cadre de mon stage, ne verbalisent pas directement une souffrance ou une usure professionnelle, ils s'en défendent même. Néanmoins quelques remarques évoquées par les uns ou les autres sont tout de même révélatrices. A noter que je n'ai pu les rencontrer individuellement car ils ont exprimé le souhait de répondre collectivement à mon entretien. Ainsi, je pense que l'effet de groupe a eu un impact sur leur réponse. A titre d'exemple, Ils expriment plus volontiers leur motivation à travailler auprès des personnes âgées. Pour certains, ils ont fait le choix de travailler auprès de ce public dès le départ. D'autres sont arrivés au sein de l'EHPAD un peu par hasard. Ils ont découvert les personnes âgées et ont apprécié ce travail. Ils reconnaissent tous que travailler auprès de ces personnes est riche d'enseignement. Ils ont en moyenne 6 ans d'ancienneté, l'une d'entre eux travaille depuis 20 ans à Cousin Méricourt. Celle-ci reconnaît que le métier d'aide soignante est dur physiquement mais que les conditions de travail se sont bien améliorées avec les lèves malades.

Compte tenu qu'un incident s'était produit quelques jours avant cette rencontre avec une famille, les soignants étaient polarisés sur la difficulté de faire face aux exigences des familles.

Une aide soignante exprime ce qu'elle ressent par ces mots « les résidents ont des droits mais nous n'avons que des devoirs ». Il est vrai que certaines familles, de part la culpabilité ressentie d'avoir orienté leur parent dans l'établissement, sont beaucoup dans la plainte et les revendications.

Le directeur doit, à ces instants, être l'interface entre les familles et les professionnels. Il est très important de régler un problème très rapidement sinon la situation peut très rapidement dégénérer en conflit.

Afin d'accompagner les soignants dans ce type de situation, la psychologue du personnel anime des groupes de parole. Toutefois, les soignants expriment le fait que ces groupes arrivent parfois trop tard pour pouvoir comme ils disent, « vider leur sac ». En revanche, les professionnels qui interviennent prioritairement en UVP reconnaissent les biens faits de ces groupes.

Lors des échanges, une autre difficulté est exprimée par les équipes, celle de la prise en charge de résidents avec des pathologies psychiatriques. Ils ont le sentiment de ne pas être formés à ce type de prise en charge.

3.1.3. Implication des familles au sein des établissements

Au sein du foyer logement, les familles sont peu présentes. Ceci est fortement lié au parcours de vie des résidents qui se retrouvent donc sans entourage.

Au sein de l'EHPAD, la situation est plus nuancée. J'ai pu constater en effet que des familles viennent rendre visite à leur proche parfois même très régulièrement. Certains ont

par ailleurs endossé le rôle de curateur ou tuteur. Dans ce cas, ces derniers contrairement aux mandataires judiciaires professionnels sont présents et entretiennent plutôt de bons contacts avec les équipes soignantes et le personnel administratif.

L'ensemble des professionnels interrogés au sein de l'EHPAD considère unanimement qu'ils ne rencontrent pas de problème pour accompagner le majeur protégé lorsque la mesure est assurée par un membre de la famille. En principe lorsque les familles prennent en charge la mesure, elles s'investissent et s'assurent que leur proche bénéficie de tout ce dont il a besoin. Ainsi, le personnel soignant ne se retrouvera pas en position de devoir gérer la « pénurie » de produits de toilette nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions.

En revanche, les familles sont globalement peu investies dans la vie de l'établissement. Si elles participent volontiers aux animations notamment lors des journées à thème et répondent aux questionnaires de satisfaction (95 questionnaires reçus en 2009 sur 235 envoyés), elles ne s'impliquent pas dans les instances qui leurs sont dédiées.

Le peu de participation notamment au conseil de la vie sociale traduit le manque d'implication dans la vie collective.

La psychologue qui accompagne les résidents et les familles reconnaît qu'il est difficile de renouveler la participation au groupe de parole qu'elle propose aux familles.

Cette difficulté n'est pas propre à l'établissement. S'il est indéniable que les aidants familiaux ont besoin d'être eux-mêmes accompagnés et soutenus dans l'accompagnement qu'ils procurent à leurs proches, très peu franchissent la porte d'un groupe d'information et encore moins d'un groupe de parole.

Au sein de l'EHPAD ces groupes ont été mis en place parce que les familles éprouvent une grande culpabilité lorsqu'elles orientent leur proche en institution mais aussi parce qu'elles acceptent difficilement la perte d'autonomie de leur parent.

Il est important de souligner que ces groupes de paroles se déroulent en semaine ainsi on ne permet pas aux personnes qui travaillent de participer. Pour autant, on peut s'interroger si la mise en place d'un groupe de parole le samedi aurait plus de succès. L'instauration d'un tel dispositif nécessite au préalable de recueillir le point de vue des familles.

De mon point de vue, le directeur se doit d'encourager la représentation des familles au sein de l'établissement, d'une part en soutenant les associations représentant les familles et d'autre part en favorisant leurs présences au sein du conseil de la vie sociale.

A ce jour, il n'existe pas au sein de Cousin Méricourt d'association représentante des familles. Elle serait un levier formidable pour mobiliser les familles et les inciter à s'impliquer dans la vie collective.

Richard Vercauteren « *La famille comme acteur de l'animation relève d'un idéal dont rêvent les équipes. Mais cet idéal ne correspond pas à la réalité incontournable, à savoir la difficulté d'impliquer une majorité de familles* ».

3.2. Difficultés d'ordre éthique

3.2.1. Le droit au choix à l'admission

Bien souvent, l'entrée en EHPAD n'est pas réalisée par choix, mais par défaut et résignation car la personne est consciente qu'elle ne peut plus rester au domicile.

Sur les 8 entretiens exploitables réalisés, 4 personnes n'étaient pas favorables pour rentrer en EHPAD et les 4 autres se sont résignées en raison notamment de leur incapacité à retourner seule au domicile suite à une hospitalisation. Pour 5 d'entre elles c'est la famille qui a fait les démarches pour l'entrée en institution. Une étude de la DREES portant sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées indique que bien souvent les décisions sont prises par l'entourage familial et/ou professionnel. Elle précise que « *plus l'établissement d'entrée a une vocation médicalisée, moins la personne a participé à la décision : c'est le cas de 65 % des résidents en foyer logement, 32 % des maisons de retraite et 13 % des unités de soins longue durée* » (Somme, 2003).⁴⁴

Ce constat est renforcé par l'enquête de satisfaction réalisée auprès de 61 résidents de l'EHPAD en 2009 qui révèle à la question « avez-vous fait le choix d'entrer dans l'établissement » que 66% répondent : « *on a fait ce choix pour moi* », seul 34% estiment avoir fait le choix. Ces données sont donc très proches de l'étude de la DREES.

3.2.2. Reconnaissance des droits civiques

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, permettait déjà au juge d'accorder le droit de vote à une personne majeur sous tutelle. La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs renforce cette position.

A ce jour, au sein de l'EHPAD, seuls 16 résidents sont inscrits sur les listes électorales de Cachan. Au vu de ce chiffre, on mesure bien la nécessité de s'interroger sur le rôle à jouer par l'établissement pour que chacun puisse faire valoir son droit de vote s'il le souhaite et s'il est en capacité.

⁴⁴ Source : Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile – DREES 2008

C'est bien là que réside le problème : comment mesurer la capacité de la personne à voter, les personnes ayant un syndrome démentiel sont-elles toutes inaptes à exercer leurs droits civiques ?

Le Pr Karlawish (USA)⁴⁵ en utilisant un outil d'évaluation des capacités décisionnelles mises en jeu lors du vote a montré que de nombreuses personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade léger et modéré conservent leur capacité de voter. En France, des études menées dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique national sont actuellement en cours pour évaluer ce type d'outils. Les actions développées pour communiquer auprès des résidents lors d'élection reposent sur un affichage dans le hall et dans les bâtiments précisant la date des élections et les modalités pour s'y rendre. Sur la commune de Cachan, la mairie a mis en place un système de navette. Si les résidents et les familles souhaitent faire une procuration, le service des admissions de l'établissement fournit les renseignements nécessaires, leur remet l'imprimé prévu à cet effet, aide si besoin à compléter. Le service contacte ensuite le commissariat qui missionne un officier pour valider sur place les procurations et rencontrer les résidents. A titre d'exemple, pour les élections municipales de 2008, le service a établi 4 procurations.

Cette question du développement des droits des personnes âgées amène à balayer des champs très vastes du droit, droits fondamentaux, droits civils, droits médicaux et interroge sur la mise en œuvre au sein de structures avec leurs propres contraintes.

Le diagnostic des deux établissements montre au combien la question de l'accompagnement des plus fragiles dans le respect de leur volonté est très présente. Un certain nombre d'actions ont déjà été réalisées dans ce sens. Les valeurs de respect soutenues par la directrice rayonnent sur l'ensemble de l'établissement. Toutefois, cette démarche est un travail au quotidien, elle nécessite une mobilisation générale pour tendre vers toujours plus de qualité. A ce jour, un certain nombre de difficultés persiste et la mise en œuvre de la réforme de la protection juridique constitue un levier pour la direction pour impulser une dynamique de changement.

Ainsi, dans ma troisième partie je présenterai la stratégie d'action opérée pour favoriser la prise en compte des besoins et des droits des usagers.

⁴⁵ Etude Fondation Méderic Alzheimer « la lettre de l'observatoire » N°11 octobre 2009

TROISIEME PARTIE : Stratégie de direction engagée pour favoriser les droits des résidents

La réflexion menée plus particulièrement pour le développement des droits des majeurs protégés (1) me conduit, dans une posture de direction, à m'interroger plus largement sur le développement des droits à destination de l'ensemble des résidents (2). puisque les majeurs protégés sont des résidents à part entière; la loi du 5 mars 2007 contribue à réaffirmer ce principe. Cette partie du mémoire s'attachera donc à conduire un projet en faveur du développement des droits de l'ensemble des personnes âgées vulnérables.

1. A destination plus particulièrement des majeurs protégés

Avant la loi du 5 mars 2007, seuls les établissements hospitaliers pouvaient disposer d'un préposé d'établissement. La réforme de la protection juridique des majeurs crée une obligation légale, pour certains établissements de santé, sociaux et médico-sociaux⁴⁶, de mettre en œuvre la fonction de mandataire judiciaire à la protection des majeurs au profit des personnes qui y sont soignées ou hébergées (Article L472-6 du CASF). Toutefois, la loi offre à ces établissements la possibilité soit de gérer directement la fonction de mandataire judiciaire (1.1) soit de l'externaliser (1.2)

Le directeur se doit de faire des choix. Ainsi dans cette partie je présenterai la démarche que doit adopter la direction pour aboutir à une décision. En l'occurrence, les avantages et les inconvénients de chaque option seront étudiés pour éclairer le choix définitif.

La gestion directe peut se décliner de deux façons, soit par la mise en place d'un ou de plusieurs mandataires préposés d'établissement, soit par la création d'un service de mandataires judiciaires (Article L312.1 14 du CASF).

La mise en place d'un tel service nécessite la création d'un compte annexe. Or les recettes identifiables, composées uniquement de la participation des majeurs protégés, sont fluctuantes et très vraisemblablement insuffisantes pour garantir la pérennité d'un tel service.

Compte tenu du caractère incertain de cette alternative, je fais le choix de l'écarter d'emblée. Par conséquent, pour la gestion directe, seule, l'option relative à la mise en place de mandataires judiciaires préposés d'établissement sera développée.

⁴⁶ Critères : -offrir des prestations d'hébergement au profit des personnes âgées ou adultes handicapées

- être un établissement public de plus de 80 places
Etablissements médico-sociaux publics, de plus de 80 lits, prenant en charge des personnes handicapées ou âgées.

1.1. **Les mandataires judiciaires préposés d'établissement**

La mise en place d'un tel dispositif implique pour le directeur dans un premiers temps d'analyser les besoins (1.1.1), puis de mesurer les avantages (1.1.2) et les inconvénients (1.1.3) engendrés par la réorganisation.

1.1.1. **Analyse du besoin**

1.1.1.1. Prise en compte du volume d'activité

A terme, en fonction des dates de révision des mesures, c'est environ 90 mesures qui potentiellement pourraient être reprises par le mandataire judiciaire d'établissement. Bien que la nouvelle loi favorise en priorité la désignation d'un membre de la famille, on peut supposer qu'elle n'aura que très peu d'incidence au sein de l'établissement. Comme nous l'avons évoqué précédemment, sur 11 majeurs protégés rencontrés, 11 avaient de la famille et pour autant très peu de contact avec elle. L'augmentation de la dépendance au sein de l'établissement laisse présager une tendance inverse ou au mieux une stabilisation du nombre de mesures.

1.1.1.2. Les moyens nécessaires

Le volume est conséquent et justifierait à terme la mise en place de 2 ETP.

Rappelons que le schéma régional des mandataires judiciaires préconise 1 ETP pour environ 50 mesures. Il est nécessaire de tenir comptes des absences de la personne et par conséquent prévoir la continuité de service.

Compte tenu de ces éléments, je vais à présent évaluer les avantages et inconvénients de la mise en place d'un mandataire préposé d'établissement.

1.1.2. **Avantages**

1.1.2.1. La proximité

La mise en place d'un ou de plusieurs agents, mandataires judiciaires, au sein de la structure présente l'avantage majeur d'offrir une présence permanente. Elle répond par conséquent à la demande des résidents de voir plus régulièrement leur représentant légal. Cette présence favorisera les échanges avec les autres professionnels de l'institution (soignants et travailleur social) ainsi que la participation à des groupes de travail et le CVS. Par conséquent, le mandataire judiciaire sera susceptible de mieux connaître les besoins des majeurs protégés et ainsi améliorer leur prise en charge. De par sa fonction, il aura accès à un certain nombre d'éléments relatifs au parcours de vie du résident, il semble particulièrement intéressant de l'associer au groupe de travail intitulé « histoire de vie ». Ce dernier a pour objectif de retracer l'histoire de chaque

résident pour mieux les connaître et ainsi apporter un accompagnement plus personnalisé.

1.1.2.2. La redéfinition des missions de certains professionnels

La création de ce nouveau poste aura des répercussions sur les missions tout particulièrement du travailleur social de l'établissement. En effet, ce dernier, réalise un grand nombre d'actions pour les résidents (présentées en 2.3.2), ce qui parfois contribue à masquer les difficultés qu'ils rencontrent. Ainsi, alors qu'un certain nombre d'entre eux pourrait relever d'une mesure, la démarche n'est pas faite. La qualité du service rendu par ce professionnel fait appréhender le relais vers un mandataire judiciaire professionnel, son éloignement de fait ne permettant pas d'apporter la même qualité de réponses.

La mise en place en interne de mandataires judiciaires doit permettre de lever ces appréhensions et contribuer à alléger la charge de travail. L'assistante sociale pourra ainsi se recentrer sur ses missions d'accompagnement social auprès des résidents qui bénéficient de leurs facultés, mais qui ne peuvent faire seuls les démarches en raison de leur handicap physique notamment.

Ce n'est pas pour autant qu'elle n'interviendra plus auprès des majeurs protégés, mais l'accompagnement social en partenariat avec le préposé en sera facilité. A ce jour lorsque les résidents sous mesure de protection juridique ont besoin de vêtements ou autres effets personnels, les soignants font remonter le besoin au cadre de santé qui est chargé de prendre contact avec le mandataire judiciaire afin que ce dernier donne son accord et verse l'argent à la régie. La présence, du préposé lui permettra de constater par lui-même les besoins de ses protégés. L'organisation actuelle pour les commandes d'effets personnels ne devrait plus avoir lieu d'être.

Il pourrait être envisagé que les courses à destination des majeurs protégés soient réalisées directement par le préposé comme peuvent le faire les familles pour leur proche. Cette organisation simplifierait la gestion des achats par la régie (gestion des comptes par le préposé) et supprimerait la nécessité d'effectuer la livraison.

Toutefois, ces changements devront être appréhendés avec les professionnels concernés car cette réorganisation risque de rompre un équilibre établi et par conséquent de générer des résistances.

1.1.3. Inconvénients

1.1.3.1. Les ressources mobilisables

Pour pouvoir prétendre à ce poste, tout candidat doit satisfaire un certain nombre de conditions fixées par la loi. Il s'agit de conditions de moralité, d'âge, de formation certifiée par l'Etat (être titulaire d'un diplôme ou titre de niveau bac+2) et/ou d'expérience professionnelle commune à l'ensemble des mandataires. La personne choisie en interne

ne doit pas appartenir au personnel de direction ou intervenir auprès des personnes accueillies afin de garantir des conditions d'indépendance vis-à-vis de l'établissement.

De mon point de vue, l'existence d'un préposé d'établissement n'est pas nécessairement de nature à créer un conflit d'intérêts. Tout dépend des conditions dans lesquelles le préposé est amené à exercer les fonctions qu'il a reçues de l'autorité judiciaire. En effet, il me semble que si la position du directeur sur ce point est très claire, c'est-à-dire qu'il joue le jeu d'attribuer l'indépendance nécessaire à l'exercice des fonctions du préposé, il n'y aura pas d'ambiguïté sur le poste. Cette position devra être affirmée clairement vis-à-vis des équipes qui peuvent être en conflit d'idées avec les décisions prises par le préposé. Celui-ci peut faire le choix par exemple de refuser que l'équipe médicale déplace son protégé dans une autre chambre s'il estime que ce déplacement n'est pas dans son intérêt. Le préposé rend compte directement au juge de l'exercice des mesures de protection des majeurs. Vis-à-vis du directeur, il se doit seulement de l'informer de ses jours d'absence de l'établissement dans le but d'accomplir les obligations nécessaires à l'exercice de la mesure de protection juridique.

La protection de la confidentialité de la correspondance reçue doit être assurée. Compte tenu des conditions fixées par la loi, l'établissement ne dispose pas à ce jour de professionnels en capacité de prétendre à ce poste.

Inscrire deux agents volontaires à la formation entraînerait une gêne dans l'organisation des services. Il semblerait également qu'aucun agent ne soit volontaire.

La création d'un tel poste au sein de l'établissement nécessitera donc un recrutement externe, de deux personnes titulaires du certificat national de compétence.

La loi n'étant entrée en vigueur que depuis le 1^{er} janvier 2009, très peu de professionnels sont en possession de ce diplôme. Le Directeur devra adresser au Préfet du département la déclaration 2 mois avant la désignation du ou des agents en qualité de préposé (Article L.472-6). Dans le même délai, une copie de la déclaration devra être adressée au Procureur de la République et au trésorier payeur général (Article R. 472-15 CASF). La prise d'effet de la déclaration sera effective, deux mois après son dépôt, sauf opposition du Préfet.

1.1.3.2. Quels moyens financiers ?

1.1.3.2.1. Principes

Par principe, le coût des mesures exercées par les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et ordonnées par l'autorité judiciaires est par priorité, à la charge totale ou

partielle de la personne protégée⁴⁷ en fonction de ses ressources et dans les conditions suivantes :

- l'assiette des ressources entrant dans le calcul comprend tant les bénéficiaires ou revenus bruts imposables, que les intérêts des livrets et comptes d'épargne, les allocations constitutives des minima sociaux etc... à l'exclusion des rentes viagères destinées à compenser des conséquences d'une infirmité,

- une exonération totale est accordée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas le montant annuel de l'Allocation Adulte Handicapée en vigueur au 1er janvier de l'année de perception des revenus

- des taux de prélèvement sont appliqués par tranche de revenus, calculée en fonction des montants de l'AAH et du SMIC en vigueur au 1er janvier de l'année de perception des revenus, et à hauteur de :

- 7 % pour la tranche des revenus annuels compris entre l'AAH (soit 696,63 € par mois)⁴⁸ et le SMIC (1055,42 € net par mois)

- 15 % pour la tranche des revenus annuels compris entre 1 fois et 2,5 fois le SMIC

- 2 % pour la tranche des revenus annuels compris entre 2,5 fois et 6 fois le SMIC

- le versement est effectué par douzième tous les mois échus sur la base du montant annuel des ressources dont a bénéficié la personne protégée l'année précédente, puis un ajustement, compte tenu du montant des ressources perçues pendant l'année, est effectué au plus tard le 31 janvier de l'exercice suivant

- la participation de la personne protégée est versée à l'établissement

- le préfet peut accorder, à titre exceptionnel, temporaire et non renouvelable, une exonération d'une partie ou de l'ensemble de la participation de la personne protégée, en raison de difficultés particulières liées à l'existence de dettes contractées par la personne protégée avant l'ouverture de la mesure de protection juridique ou à la nécessité de faire face à des dépenses impératives.

- dans la pratique, les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées doivent budgéter et retracer les charges d'exploitation ainsi que les prélèvements sur les ressources du majeur protégé dans leur budget ou état de recettes et de dépenses (art. L361-1 III CASF). Il est très important de souligner que dans le cadre de la mise en place de cette réforme, aucun budget supplémentaire n'est alloué aux établissements publics. Les établissements sont donc censés compenser les surcoûts liés

⁴⁷ Décret n° 2008-1554 du 31 décembre 2008 relatif aux modalités de participation des personnes protégées au financement de leur mesure de protection

⁴⁸ Montant au 1^{er} avril 2010

à la gestion des majeurs protégés en modulant leur tarif hébergement. Cette disposition risque de générer une augmentation du tarif à la charge du résident alors que je l'ai évoqué précédemment les établissements en région Parisiennes sont déjà très coûteux.

1.1.3.2.2. Estimation au sein des deux structures de la participation des résidents

Au sein de l'établissement, il n'existe pas de fichier informatique faisant état des ressources des résidents. N'ayant pu me procurer cette information, je vais partir de l'hypothèse la plus défavorable c'est-à-dire celle où l'ensemble des résidents bénéficierait de l'allocation de solidarité (ASPA). Au 1^{er} avril 2010, le montant de l'ASPA est fixé à 8.507,49 € par an pour une personne seule (soit 708,95 € par mois). Compte tenu qu'au 1^{er} avril 2010 l'AAH est de 696,63 € par mois et le SMIC brut au 1^{er} janvier 2010 de 1 343,80 €, l'ensemble des 91 personnes (82 en EHPAD et 9 en foyer) dont la mesure n'est pas gérée par la famille sera dans la 1^{ère} tranche. Par conséquent, dans cette hypothèse chaque résident devra verser 0.86 € par mois, ce qui constituera pour les deux établissements une ressource de 78.26 € par mois.

A noter que cette estimation est pessimiste car la génération des résidents actuels avait plutôt pour habitude d'épargner. Par conséquent, dans la plupart des cas les personnes disposent de ressources sur un livret or ces sommes doivent être prises en compte dans le calcul de participation.

Toutefois, même avec un revenu estimé à 800 € par mois, la participation reste faible (7.24 € par mois). Ceci représente pour l'établissement une ressource de 7 906.08 € par an. Ainsi, ces chiffres montrent que le projet n'est pas viable sans aide financière.

1.1.3.2.3. Estimation du coût de la mise en place de deux préposés

La mise en place de préposés au sein des établissements va induire des coûts d'investissement liés au matériel à acquérir : poste informatique, imprimante, logiciel, et des coûts de fonctionnement. Ces derniers se compose des frais de fournitures de bureau (papeterie et consommables essentiellement), des frais de téléphone, des charges de carburants liés aux déplacements notamment au domicile des personnes mais le poste de dépense le plus important est la masse salariale.

Au sein d'un établissement public un préposé pourrait être sur un grade d'adjoint administratif (catégorie B) ce qui représente environ 40 000 € par an. Par conséquent, la participation des résidents ne permet pas à elle seule de financer les 2 postes et les frais de fonctionnement.

1.2. Développement du partenariat

La loi offre la possibilité de confier les mesures de protections à un service de mandataires judiciaires à la protection des majeurs gérés dans le cadre d'une structure (GIP, GCSMS...) dont l'établissement serait membre. En l'occurrence, sur le secteur, il n'existe pas actuellement ce type de structure et sa mise en place ne paraît pas envisageable compte tenu des délais qui s'imposent pour se mettre en conformité avec la loi (avant la fin de l'année).

Toutefois ce projet n'est pas à exclure à l'avenir d'autant plus que le schéma Régional des mandataires judiciaires fait mention de la nécessité d'autoriser un nouveau service mandataire dans le département. Ceci afin de répondre à une forte demande de la profession judiciaire en vue d'adapter, au plus près des besoins des majeurs protégés, une offre supplémentaire de protection juridique. A noter cependant que sur le secteur 7, la coopération avec d'autres établissements du type EHPAD ou foyer logement soumis à la même obligation reste limitée puisque seul le foyer logement géré par la commune de Cachan est concerné (9 majeurs protégés). Les autres établissements ne sont pas publics ou ne disposent pas d'une capacité d'accueil supérieure à 80 places. Ainsi, la seule coopération possible concerne un partenariat avec les autres établissements gérés par le CASVP situés sur Paris. Dans ce cas, il s'agira d'une organisation interne mise en œuvre par le CASVP.

Par conséquent, la seule solution possible en termes d'externalisation serait de passer des conventions avec des établissements qui répondent déjà aux exigences de la loi (services mandataires judiciaires ou hôpitaux). Ce cadre là présente également des avantages (1.2.1) et des inconvénients (1.2.2)

1.2.1. Les avantages de passer convention avec d'autres établissements

1.2.1.1. La garantie d'indépendance

Dans l'intérêt des personnes protégées, il semble préférable que le mandataire judiciaire soit extérieur à la structure.

En effet, une indépendance effective du représentant légal favorise la prise de décisions avec une totale liberté par rapport à l'établissement.

De plus c'est le meilleur moyen d'éviter les tensions entre professionnels dont les intérêts peuvent être divergents.

A noter que le gérant de tutelle est ordonnateur, il a donc le pouvoir d'émettre des ordres de recettes ou de dépenses.

1.2.1.2. Bénéficiaire du savoir faire de structures d'expérience

Les structures qui disposent de mandataires judiciaires au sein de leurs effectifs ont mis en place les outils nécessaires à une bonne gestion des situations des majeurs protégés. Elles sont donc en capacité de répondre aux exigences de la loi concernant la mise en place de la charte des droits et libertés de la personne protégée et du DIPM.

Par ailleurs, elles se sont adaptées à la réforme qui exige la gestion de comptes individuels. Pour ce faire, elles ont mis en place des logiciels adaptés à leur activité.

De plus ces structures bénéficient la plupart du temps d'infrastructure tel qu'un service informatique ou comptable voire un service juridique. Ces services supports peuvent être d'un très grand intérêt pour l'accomplissement des missions du mandataire judiciaire et contribuent forcément à la qualité du service rendu.

1.2.1.3. Avantage financier

La gestion des mesures assurées par un partenaire présente l'avantage de ne générer aucun coût pour l'établissement et par conséquent pour l'utilisateur.

En effet, les associations tutélaires depuis la réforme ne sont plus financées « au mois mesure » mais perçoivent une dotation globale. Cette dernière est fixée par la Direction Départementale de la Cohésion sociale selon la charge de travail des mandataires à partir des paramètres suivants : la nature de la mesure, le lieu (domicile, établissement) et la durée de suivi de la mesure

1.2.2. Les inconvénients

1.2.2.1. L'éloignement géographique

A ce jour, il n'y a aucun service tutélaire de proximité. L'UDAF est située à Boissy St Léger (22 kms) et l'Association Tutélaire de la Fédération Protestante des Œuvres (ATFPO) à Créteil (16 kms).

Cet éloignement aura forcément une incidence sur la présence au sein de la structure. En effet chaque déplacement générera un coût en termes de temps et sur le plan financier. Par conséquent, on peut d'ores et déjà supposer que les structures tutélaires seront réticentes pour qu'un mandataire judiciaire soit présent minimum 2 fois par mois au sein de l'établissement. La distance risque par ailleurs de générer un manque de réactivité pour répondre aux besoins du majeur protégé. Par ailleurs, elle sera un frein à l'implication de ce professionnel au sein de la résidence.

1.2.2.2. Etre d'accord sur les modalités du partenariat

Une démarche de partenariat nécessite d'être d'accord sur les modalités de coopération. Or comme très souvent dans le partenariat, les intérêts des parties ne sont pas identiques voire parfois même divergents. Toute la difficulté sera d'arriver à un terrain d'entente qui aboutira à une situation dans la mesure du possible de type gagnant-gagnant.

Dans une démarche de partenariat, il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance basé sur des rapports égaux.

Le directeur se doit d'instaurer une stratégie de négociation. Dans le cas présent, la stratégie repose sur plusieurs éléments :

- faire un état de ses forces et faiblesses vis-à-vis du partenaire,
- connaître son interlocuteur, ses valeurs, son projet, etc.
- définir les points de convergence.

Ainsi, la démarche consistera à replacer l'intérêt de l'utilisateur au centre de la discussion afin que les parties ne rentrent pas en opposition du fait de leurs contraintes respectives.

1.3. **Orientations choisies**

Au vu des avantages et inconvénients évoqués précédemment il est préférable d'engager l'établissement sur la voie du partenariat. D'une part, parce que l'établissement n'a pas les ressources suffisantes pour créer des postes de préposés et il n'est pas concevable de faire reposer le coût sur le tarif hébergement. D'autre part, parce que le partenariat est plus propice à une mutualisation de moyens et de compétences et à un renforcement des liens avec ces partenaires. En effet, les services de mandataires judiciaires ont un savoir-faire et une forte expérience dans un secteur d'activité qui nécessite une grande expertise, il serait à mon sens une erreur de ne pas en bénéficier. Ce choix contribue par ailleurs à une ouverture de l'établissement sur l'extérieur.

Dans un premier temps, compte tenu des structures existantes sur le territoire, je présenterai les partenaires potentiels (1.3.1) dans un second temps je développerai les modalités du partenariat (1.3.2)

1.3.1. **Les partenaires potentiels**

1.3.1.1. Les associations tutélaires

1.3.1.1.1. *l'UDAF du Val de Marne*

Cette association tutélaire est établie sur le Val de Marne depuis de nombreuses années (40 ans). Elle bénéficie donc d'un savoir-faire en matière de gestion des mesures.

D'ailleurs, historiquement les juges avaient pour habitude de la désigner pour les situations les plus complexes. Elle a dernièrement entièrement restructuré son mode d'organisation et ses outils afin de s'adapter aux exigences de la loi du 2 janvier 2002 qui s'impose à elle depuis la loi du 5/03/2007. Cette association est très importante, elle gère 2 400 mesures dont 600 en établissement et est constituée de 115 salariés. De plus elle bénéficie de services supports au sein d'un GCSMS que sont le service logistique et informatique, le service qualité ainsi que la comptabilité et la gestion des ressources humaine.

Afin d'assurer au mieux l'accompagnement des mesures, elle s'est dotée d'un service juridique qui traite notamment de toutes les démarches en lien avec les successions. A noter que les mesures en établissements sont gérées au sein d'un service dédié (unité établissement) qui se compose d'un responsable de 3 mandataires judiciaires, de 5 assistantes (juristes de formation BAC +2) et d'une secrétaire. Ceci signifie qu'un mandataire gère 200 mesures, on comprend donc aisément la difficulté pour ce professionnel de rencontrer régulièrement son protégé. La moyenne des rencontres actuellement est estimée à 2 par an.

Cette structure est par ailleurs engagée dans une démarche qualité pour obtenir la norme ISO en 2011. Ainsi vit à vit de ses partenaires elle souhaite afficher une image de structure organisée qui s'engage vers la mise en place de procédures et de contrôle de son activité.

L'UDAF présente l'avantage par sa taille de pouvoir absorber un nombre de mesures supplémentaires importantes. Toutefois on peut se demander à quel prix. En effet, bien qu'elle s'engage dans une démarche de qualité je m'interroge sur le volume de mesures traitées par les mandataires judiciaires au sein du service établissement.

L'établissement acceptera t'il de développer les rencontres entre le mandataire et son protégé en établissement ? Il semble que jusqu'à présent, la priorité soit donnée aux majeurs protégés à domicile partant du principe qu'en établissement les besoins étaient moindres ou en tout les cas la réponse pouvait être plus facilement apportée par d'autres. Je précise que cette façon de penser n'était pas propre à l'UDAF mais à tous les mandataires judiciaires qu'ils soient privés ou associatifs.

1.3.1.1.2. *l'ATFPO*

Contrairement à la structure précédente, cette dernière est de très petite taille. L'antenne sur le Val de Marne se compose uniquement de 5 salariés car elle est nouvellement installée sur ce Département (depuis mars 2008). Elle se compose d'un responsable de deux mandataires judiciaires, d'une assistante et d'une secrétaire qui gèrent actuellement

165 mesures. Par conséquent chaque mandataire gère en moyenne 80 dossiers indifféremment au domicile et en établissement. Elle se positionne toutefois dans une logique de montée en charge sur le territoire, l'objectif étant en moyenne pour une antenne de gérer 350 mesures avec 5 mandataires judiciaires et 3 assistantes. Par conséquent la responsable de l'antenne pense pouvoir assumer un volume de mesures supplémentaires. D'autant plus qu'elle est actuellement en cours de recrutement d'un troisième mandataire judiciaire. La politique de cette structure est d'être dans une démarche de proximité. Une réflexion est par ailleurs engagée quant à la création d'une antenne sur le secteur 7 car l'ATFPO est de plus en plus sollicité par le tribunal de Villejuif pour gérer des mesures sur ce secteur.

1.3.1.2. Les structures hospitalières

1.3.1.2.1. Contexte environnemental

Compte tenu de la mise en place des filières gériatriques dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 hôpital patient santé territoire (HPST), le paysage hospitalier du secteur est amené à changer de façon conséquente et rapidement. En effet, l'AP-HP est en pleine restructuration de ses établissements notamment gériatriques, dans une démarche de mise en place des pôles hospitaliers. Le secteur 7 comporte à ce jour 4 préposés d'établissement (information déjà évoquée précédemment 1.2.3.2) mais ces données vont évoluer du fait des restructurations hospitalières dont notamment le transfert des lits de long séjour de Bicêtre vers Paul Brousse.

De plus, l'hôpital Charles Foix rattaché au GHU Est, est de fait de plus en plus tourné vers la Pitié Salpêtrière situé à Paris. Il est même évoqué une fusion avec ce dernier.

Par conséquent, le devenir de cet établissement est à ce jour en pleine réflexion et très incertain.

1.3.1.2.2. Choix de l'établissement

Compte tenu de ces éléments et de la proximité géographique de l'établissement hospitalier gériatrique Paul Brousse, il m'a semblait plus opportun de rapprocher Cousin Méricourt et l'Aqueduc de cette structure. A ce jour cet établissement dispose d'un préposé à temps plein et d'un second poste à mi-temps récemment mis en place pour prendre en charge les futures mesures en provenance de l'hôpital de Bicêtre dans le cadre du rapprochement de ces deux établissements.

Il est intéressant de noter que ce service a subi une compression importante du personnel puisque dans les années 90 il était composé de cinq agents. La diminution du nombre de lits de long séjour a nécessité une réduction drastique du personnel. Le préposé gère actuellement 30 mesures ce qui est plutôt en dessous des moyennes. De fait, ce service est actuellement déficitaire.

Stratégiquement ce service aurait donc tout intérêt à développer le partenariat afin d'accroître ses recettes. De plus, Cousin de Méricourt a déjà des liens privilégiés avec cette structure puisque deux conventions ont déjà été signées, l'une dans le cadre du plan bleu le 1/08/2005 et l'autre avec l'HAD le 25/09/2009. Compte tenu des restructurations passées très importantes et des évolutions futures encore incertaines, le service de mandataires judiciaires de Paul Brousse est actuellement en pleine réorganisation. La responsable du service ne souhaite donc pas dans l'immédiat de partenariat avec des structures externes. Le service a besoin de stabiliser sa propre position avant d'envisager une ouverture sur l'extérieur.

Au vu des avantages et inconvénients des différents scénaris étudiés, la direction pourra engager un partenariat avec les deux services mandataires.

En effet, il ne me semble pas pertinent de favoriser le monopole d'un service sur un territoire. Ceci n'étant pas en faveur du développement d'une concurrence saine qui encourage la qualité. Ce choix semble en apparence en contradiction avec le problème de la multitude des acteurs exposé précédemment. Toutefois la mise en place de convention devra justement préciser les attentes en la matière (désignation de référents). Cette option rentre également dans la logique exposée, celle du choix. En effet, dans le cas où un majeur protégé ne serait pas satisfait de son représentant, il pourra dans ce cas opérer un réel changement (demande d'un représentant de l'autre service mandataire). Rappelons que cette démarche concerne à la fois l'EHPAD et le Foyer logement.

1.3.2. Les modalités du partenariat

Pour le directeur, la mise en place du partenariat nécessite de définir et de hiérarchiser au préalable les différentes étapes de la démarche. Ainsi le plan d'action se décline de la façon suivante :

1.3.2.1. Rencontre des partenaires

La connaissance des partenaires potentiels a nécessité dans un premiers temps une rencontre avec chacun d'entre eux. Ces échanges ont permis de mieux cerner les modes de fonctionnements de uns et des autres et d'en dégager les forces et les faiblesses. Par ailleurs, ils m'ont permis de mesurer l'adhésion éventuelle ou non au projet de partenariat. Ainsi comme il a été évoqué précédemment, sur trois partenaires potentiels seuls deux ont exprimé une volonté de partenariat.

1.3.2.2. Définition des attentes vis-à-vis du partenaire

A partir du recensement des attentes des majeurs protégés ainsi que les difficultés exprimés par les professionnels de l'établissement, il est possible de fixer les engagements souhaités vis-à-vis du partenaire.

En l'occurrence, l'évaluation des attentes et besoins a permis de définir les critères importants suivants :

- nécessité d'une présence des mandataires au minimum 1 fois par semaine ou tous les 15 jours en fonction du nombre de mesures. Ceci permet de répondre au souhait des résidents de rencontrer leur représentant au moins 1 fois par mois.
- nécessité de désigner deux personnes référentes par service mandataire afin de réduire le nombre de professionnels intervenant au sein de la structure.
- implication de ces professionnels dans les groupes de travail ayant un lien avec leurs fonctions.
- participation au conseil de la vie sociale. Ceci dans l'objectif de favoriser la représentation des majeurs protégés au sein de l'institution.

1.3.2.3. Mise en place d'un projet de convention

Il est impératif de formaliser le partenariat par l'intermédiaire d'une convention afin que chacun respect ses engagements.

Cette convention devra faire mention de l'objectif d'amélioration continu de la qualité de prise en charge, orientée vers la recherche d'une plus grande personnalisation. Ainsi, elle devra faire mention des critères définis précédemment.

Au préalable, en conformité avec la procédure, le projet de convention sera soumis au service juridique du CASVP avant présentation aux partenaires.

Ce document servira de support pour la discussion.

1.3.2.4. Engagement d'une discussion sur les points pouvant poser problème

Une nouvelle rencontre sera proposée en présence du directeur adjoint afin d'établir un point d'entente sur les modalités de la convention.

A ce stade on peut parler de négociation.

Cette dernière est définie par Bourque et Thuderoz⁴⁹ comme « *un véritable processus de communication dans lequel les rôles et les statuts des acteurs en présence mais aussi leurs perceptions sont tout aussi importants que la nature des enjeux, les règles à suivre ou les stratégies élaborées (de coercition, de dissimulation ou de persuasion)* ».

Ainsi la directrice et son adjoint devront lors de cette rencontre adopter une position ouverte à la discussion sans mettre de côté les critères définis ci-dessus.

1.3.2.5. Consultation du CVS

Le projet sera présenté au CVS comme il se doit pour toute réforme portant sur l'organisation de l'établissement. Rappelons que cette instance donne un avis mais n'a pas de pouvoir décisionnel. A la suite de quoi la convention finale sera rédigée puis signée par les deux parties.

1.3.3. Communication interne : présentation du projet au personnel de l'établissement

Dans un premier temps, il est important de présenter l'orientation choisie aux cadres mais plus encore d'expliquer les motivations de ce choix. D'autant plus, qu'il ne correspond pas au choix de certains d'entre eux (responsable des admissions) qui auraient souhaité la mise en place d'un préposé en interne.

Le directeur adjoint sera chargé d'accompagner d'une part la directrice des soins pour la présentation du projet au personnel soignant et d'autre part la responsable des admissions pour la présentation au personnel administratif.

Lors de la mise en place de la loi, seuls deux agents ont bénéficié d'une formation de trois jours dispensée par un avocat. Il s'agit de l'assistante sociale et d'un agent administratif du pôle admission.

Une sensibilisation plus large devra se mettre en place car les cadres de santé ont déploré lors des entretiens ne pas bien connaître cette réforme et souhaitent en savoir d'avantage.

Par conséquent, cette communication devra s'accompagner de réunions d'information portant sur la réforme des mesures de protections juridique.

C'est également au cours de ces réunions que les professionnels seront sensibilisés à l'intérêt du travail en partenariat avec les mandataires judiciaires.

⁴⁹ BOURQUE Reynald, THUDEROZ Christian « Sociologie de la négociation »,
Delphine PETITJEAN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

1.3.3.1. Organisation d'une réunion de présentation

Il sera demandé à chaque responsable de pôle d'organiser une rencontre avec les mandataires judiciaires et leurs équipes afin de favoriser les contacts. A la suite de quoi des réunions de travaux devront émerger afin que les professionnels puissent définir ensemble les modalités de partenariat.

1.3.3.2. Règlement de fonctionnement et projet d'établissement

A partir des réflexions menées au sein des groupes de travail, les deux documents seront modifiés. Ceci afin d'intégrer la nouvelle organisation en matière d'accompagnement des majeurs protégés et faire apparaître le développement du partenariat.

1.3.3.3. Mise en place d'indicateurs d'évaluation du projet

Il est indispensable d'évaluer la réussite du projet. Pour ce faire, des indicateurs seront définis. Les trois indicateurs principaux concernent la satisfaction des usagers, la qualité du partenariat avec les équipes et le respect des engagements inscrits dans la convention dont notamment le nombre de visites.

L'évaluation fait partie intégrante d'une démarche qualité. En l'occurrence, le directeur peut s'appuyer sur la méthode de gestion de la qualité dite PDCA (Plan do check act).

Cette méthode repose sur quatre étapes : la planification, la réalisation, le contrôle, puis l'ajustement. La mise en place d'indicateurs d'évaluation correspond à la phase de contrôle qui a pour but de mesurer les écarts entre les objectifs et le réalisé.

L'analyse de la satisfaction des usagers sera évaluée au travers des questionnaires et/ou du CVS. La qualité du partenariat sera mesurée à partir de l'implication des mandataires judiciaires dans les différents groupes de travail.

Pour finir, le respect des engagements définis au sein de la convention sera estimé par l'intermédiaire du nombre de visites réalisées sur la période donnée.

Cette évaluation permettra de s'assurer que les choix réalisés sont en adéquation avec les objectifs fixés. Si des points sont repérés comme posant problème ils devront être réajustés.

Selon Sylvie Faugeras, l'approche qualité « a l'ambition de dépasser l'évaluation quantitative et qualitative. Elle vise surtout à faire émerger les besoins et les attentes des usagers et de leurs familles, afin de les inscrire dans le cycle de l'amélioration des pratiques professionnelles »

Ce plan d'action est établi dans une logique de démarche participative afin d'impliquer les acteurs dans le changement.

Cet accompagnement devra s'appuyer sur une communication forte afin d'expliquer les raisons du changement. Chacun devant comprendre les raisons de la réorganisation. Ceci est d'autant plus nécessaire que comme l'indique Daniel Dicquemare « *les textes législatifs sont souvent perçus par les professionnels à tort ou à raison, comme des exigences non négociées* ». Compte tenu que la réorganisation est essentiellement liée à la réforme des mesures de protection juridique, il sera d'autant plus nécessaire de rappeler à tous les agents l'intérêt que ce changement va procurer aux majeurs protégés. Ceci dans le respect des valeurs qui font sens commun dans l'action « le respect » des droits des résidents.

A mon sens le propos de Sylvie Faugeras⁵⁰ « *Si les valeurs qui guident l'engagement professionnel reposent bien sur le souci de sans cesse améliorer la situation des bénéficiaires, alors ces derniers doivent être partie prenante de l'élaboration des projets* » illustre complètement la démarche engagée.

2. A destination de l'ensemble des résidents

La réalisation du diagnostic de la structure basé notamment sur la rencontre avec les résidents et le personnel m'invite à faire des préconisations qui auront un impact pour tous les résidents. Ainsi pour développer les droits des résidents le directeur favorisera, la mise en place d'un projet de vie personnalisé (2.1) d'un groupe éthique (2.2) et le renforcement du partenariat (2.3). Ces actions reposant sur la stratégie d'une démarche qualité.

2.1. Le projet de vie personnalisé

Le projet de vie mis en place jusqu'à présent au sein des deux établissements est un projet collectif. Il tend vers une individualisation notamment grâce au recensement des choix de vie lors de l'élaboration de l'avenant au contrat de séjour. Toutefois, des points restent encore à améliorer pour mettre en œuvre un vrai projet personnalisé.

Le directeur dans une démarche de qualité centrée sur l'utilisateur se doit de favoriser la prise en compte des besoins et des souhaits des résidents. Pour ce faire, il s'appuiera sur une démarche de co-construction d'un projet de vie personnalisé (2.1.1).

A ce jour, Au sein de l'EHPAD, seul le projet de soins est personnalisé. Ceci dénote la prégnance du soin sur l'organisation de l'établissement et la prise en charge des

⁵⁰ Sylvie Faugeras « en quête de satisfaction »

résidents. Le personnel soignant majoritaire au sein de l'établissement impose sa culture professionnelle, celle du sanitaire.

Engager une démarche basée sur une remise en question des pratiques et des cultures n'est pas aisée et des résistances peuvent à tout moment émerger. (2.1.2)

2.1.1. La co construction au service du projet de vie

Pour mettre en place ce projet de vie, il est nécessaire de bien connaître les résidents et de recueillir un maximum de renseignements sur leur histoire de vie, leurs habitudes, leurs valeurs, leurs opinions etc. Ces informations seront collectées directement auprès de la personne et/ou de son entourage. Cette démarche sera l'occasion de recenser le souhait des résidents à faire valoir leur droit civique ou non.

Au préalable, dans une stratégie de management participative sera constitué un groupe de travail pluridisciplinaire intégrant médecins, équipes soignantes, personnel d'animation etc. pour la mise en place d'une fiche qui permettra de recenser tous les éléments souhaités. Une réflexion dans ce sens est engagée au sein de la Résidence Cousin de Méricourt. Dans un second temps, le groupe de travail devra définir l'organisation pour le recueil des renseignements et l'utilisation de cette fiche. Qui la remplit et à quel moment. Comment la faire évoluer ? En effet, cet outil ne doit pas rester figé mais évoluer avec le résident. Ce dernier peut, il est vrai, au cours de sa vie changer de projet et de goût.

Ainsi le projet de vie personnalisé doit être suivi, évalué et réajusté. A noter que ce projet sera contractualisé avec la personne, sa famille ou/et son représentant. Cette démarche devra s'accompagner d'une réflexion portant sur le projet d'animation car il y a un lien très fort entre ces deux projets. Les deux contribuent à prendre en compte les souhaits des résidents dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

En latin, le verbe animare signifie « donner la vie ». Au sein des EHPAD où la fin de vie est très présente, il semble d'autant plus important de promouvoir toutes les actions contribuant à donner un sens à la vie.

Dans un souci de prise en compte de la parole des résidents, il sera mis en place une commission d'animation. Cette dernière devra se composer également de soignants afin d'aller plus loin qu'une simple sensibilisation.

L'implication du personnel soignant dans l'animation étant à ce jour difficile, l'engagement de cette réflexion avec ce type de professionnel permettra de les sensibiliser au fait que

l'animation doit être l'affaire de tous. En effet, Jean René Loubat définit le projet de vie personnalisé comme étant « l'aménagement de la mission globale d'un établissement à chaque individu avec ses potentialités propres⁵¹ ». Par ailleurs, cette réorganisation devra amener à réinterroger les fiches de postes des salariés concernés. En effet, on ne peut modifier un fonctionnement et attribuer de nouvelles missions à des agents sans inscrire ces changements dans la fiche de poste. Cette dernière étant le support des entretiens d'évaluation annuel, il importe qu'elle soit mise à jour à chaque changement.

Les bénévoles de part leur rôle très important en matière d'animation et de lien social, devront également être associés.

La mise en place de ce projet s'appuiera par ailleurs sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁵².

2.1.2. Prendre en compte les résistances au changement dans la mise en place du projet

La mise en place du projet de vie personnalisé repose sur la reconnaissance de la place notamment du lien social et de l'animation dans la vie du résident. Ainsi la place du soin n'est plus mise en avant. Il s'agit de trouver un juste équilibre, car en raison de la forte dépendance des résidents, le soin de fait est très présent. Toutefois ces changements risquent de générer des résistances de toutes parts. Daniel Diquemare affirme que « *la résistance au changement est inhérente à la nature humaine* »⁵³ ainsi l'accompagnement au changement sera nécessaire pour lever les résistances.

Cet accompagnement du processus repose sur quatre étapes fondamentales⁵⁴ :

D'une part la *nécessité* du changement doit clairement être comprise par tous. La mise en place d'un projet de vie personnalisé repose sur des valeurs humanistes mais aussi sur la nécessité d'une prise en charge de qualité qui s'impose aux établissements dans une logique d'offre de service concurrentielle. Cet enjeu devra clairement être perçu par tous. D'autre part, les *moyens* indispensables pour mener à bien le changement doivent être assurés. Dans notre démarche, il s'agira de constituer un groupe de travail et de favoriser les temps de rencontre. La *sécurité* constitue le troisième point, ainsi les acteurs doivent être convaincus que l'objectif à atteindre repose sur des données fiables. Pour finir, la *mobilisation* des acteurs doit être réelle. Dans la situation présente il s'agira de persuader

⁵¹ LOUBAT Jean René, Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, édition DUNOD, Paris, Novembre 1997.

⁵² ANESM recommandations de bonnes pratiques « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » décembre 2008

⁵³ « La résistance au changement produit d'un système et d'un individu » Daniel Diquemare

⁵⁴ « Manager le changement » Jean-Marie Miramon

les soignants que les EHPAD basées sur une logique hospitalière sont « révolues » et que l'avenir s'oriente vers une institution la plus proche possible du domicile.

2.2. Favoriser une réflexion éthique

Compte tenu de la particulière fragilité d'une partie du public accueilli, le personnel est régulièrement confronté aux questions éthiques dans sa pratique professionnelle.

En effet, comment assurer l'hygiène corporelle et vestimentaire du résident, lorsque ce dernier refuse l'aide à la toilette ? Ou comment encore concilier liberté d'aller et venir et risque de chutes ou de « fugues ». A ces questions nombreuses il n'y a pas de réponses toutes faites mais une réflexion pluridisciplinaire doit être engagée.

A Cousin de Méricourt, un groupe de travail s'est mis en place, il a pour objectif de recenser un maximum de situations pour lesquelles une question éthique s'est posée et d'analyser ensemble les réponses ou conduites à tenir.

Pour accompagner les équipes, le directeur se doit de placer la formation comme un axe fort dans la stratégie de management. Tout particulièrement face à ce type de situation qui peuvent très rapidement dériver vers de la maltraitance. Sensibiliser, former et accompagner sont pour moi des axes forts qui devront être relayés par les cadres de santé. En effet, les soignants ne doivent pas rester seuls face à ce type de difficultés et doivent pouvoir trouver écoute et conseils auprès de leur supérieur hiérarchique.

A contrario il est important que la direction ne tolère aucune négligence, même si les exigences en termes de qualité peuvent paraître élevées. En effet, plus le public accueilli a besoin d'aide dans les gestes de la vie quotidienne plus le personnel devra être vigilant pour respecter sa dignité. Ainsi, un contrôle du travail doit être fait régulièrement par les responsables et toute faute devra être sanctionnée.

Faut-il laisser un résident dont on connaît l'équilibre précaire, déambuler quand on sait tous les risques de chutes et les conséquences auxquels il s'expose : fracture du col du fémur, syndrome de glissement. La responsabilité constitue un aspect sensible de la fonction de directeur.

Selon Emmanuel Hirsch⁵⁵ « *L'éthique concerne davantage la faculté d'écoute, de compréhension, la justesse et la rigueur de nos attitudes que des prescriptions, des protocoles théoriques qui évitent la véritable rencontre et même le risque de s'exposer à l'autre* ».

⁵⁵ Espace Ethique AP-HP

2.3. La diversification des modes d'accueil

L'absence d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour les Val de Marnais au sein de Cousin Méricourt constitue un écueil au droit aux choix plein et entier des futurs résidents. En effet, ces deux modes d'accueil contribuent à la découverte de l'établissement et par conséquent au choix délibéré (quand il est possible) d'intégrer ou non la structure. Cette prise de contact progressive facilite ensuite une admission sereine puisque les angoisses générées par la découverte d'un lieu inconnu seront apaisées.

Lors de mon stage de 1^{ère} année de CAFDES, ma NAD portait sur le développement d'un accueil de jour. Cette expérience au sein de l'EHPAD me confirme que l'accueil de jour constitue une réelle passerelle du domicile vers l'institution.

A noter que ce mode d'accueil remplit un rôle de préparation à l'entrée en institution auprès des résidents mais également auprès de l'entourage. Il est vrai que notamment pour les conjoints il est très difficile de « faire le pas » vers l'entrée en séjour permanent de l'époux ou épouse. La culpabilité et le sentiment d'abandon étant très forts.

L'accompagnement de l'entourage doit être renforcé par des groupes d'aides aux aidants. Ces groupes peuvent prendre des formes diverses : réunions d'information, groupes de paroles et ateliers thérapeutiques. A ce jour ces trois formules complémentaires qui permettent à l'entourage de faire son choix en fonction de ses attentes, existent sur le secteur gérontologique 7.

Le Directeur a un rôle prépondérant dans la mise en place de ce type d'accueil. Ainsi, il pourra, face à la direction centrale, motiver ses convictions en s'appuyant sur les expériences et études nombreuses qui prouvent les bienfaits de ce type d'accueil.

Toutefois, il ne faut pas nier la complexité pour cet établissement d'être rattaché à Paris mais basé sur le Val de Marne.

Ces modes d'accueil se situent à la frontière entre l'organisation interne et le partenariat. Je vais à présent plus me centrer sur le développement du partenariat et sur son impact sur l'organisation interne.

Le directeur en étant en lien avec le réseau impulse une dynamique de décloisonnement et de partage des compétences.

2.4. Développement du partenariat

Le développement du partenariat peut être un moyen pour les EHPAD de favoriser le droit au choix de l'institution (2.4.1). Par ailleurs, dans un contexte de contrainte budgétaire, il permet de répondre à la volonté de favoriser les liens des résidents avec l'extérieur (2.4.2).

2.4.1. S'appuyer sur les partenaires pour favoriser le droit au choix

Mon expérience en tant que coordinatrice d'un CLIC me permet d'affirmer qu'un travail en amont de préparation à l'entrée en institution favorise l'acceptation au changement de lieu de vie et évite une admission dans l'urgence dans une structure non choisie.

Pour ce faire, les CLIC et les MAIA ont un grand rôle à jouer car ces dispositifs interviennent en amont de l'entrée en institution et peuvent, lorsqu'ils sont eux-mêmes sollicités en amont, accompagner la personne au projet de changement de vie et veiller au respect du choix de résidence dans la mesure du possible.

Par conséquent, il est très important pour les EHPAD de travailler avec ces structures. Le directeur devra donc favoriser la connaissance de ces dispositifs au sein de l'établissement et impulser des actions de partenariats.

A Cousin de Méricourt et à l'Aqueduc le partenariat est déjà installé avec le CLIC 7 du Val de Marne et la MAIA du 94. Sur Paris, les personnes étant orientées par les arrondissements, il n'y a pas de liens directs avec les CLICs.

2.4.2. Le bénévolat une réponse en faveur du lien social

Compte tenu de l'isolement ressenti par les résidents, le développement de liens avec les structures extérieures semble la meilleure réponse.

Un rapprochement avec les clubs de troisième âge de la commune devra être engagé car ils peuvent, pour les plus autonomes, représenter une ouverture sur l'extérieur nécessaire à la rupture de l'isolement. Un renforcement des liens avec le foyer logement de Cachan sera également à envisager car ce dernier propose un panel d'activité très important dont notamment une salle multimédia.

Pour les personnes qui n'ont plus la possibilité de participer aux activités proposées par les clubs ou le foyer, un rapprochement avec l'association « les petits frères de pauvres » peut être une orientation dans la mesure où cette dernière propose des visites en chambre de bénévoles.

De plus, le CLIC 7 du Val de Marne étant en cours de développement du lien social sur le secteur pour les plus isolés, un rapprochement et une réflexion commune sera à engager. Afin d'offrir un contact avec un animal à des résidents en chambre il pourrait être envisagé de passer une convention avec « l'association 4 pattes tendresse ». Cette association intervient à l'hôpital Paul Brousse et ses prestations sont fort appréciées à la fois par les résidents mais aussi par le personnel car la présence de l'animal contribue à calmer les personnes agitées.

Conclusion

La loi du 5 mars 2007 en réaffirmant les droits des majeurs vulnérables et en mettant en place les mesures de façon proportionnée, favorise leur protection dans le respect de leur volonté.

Cette réforme est venue réinterroger la place des majeurs vulnérables au sein de la société.

Il semble en effet fondamental que les mentalités évoluent afin de donner notamment aux personnes âgées vulnérables une place à part entière dans la société. A l'échelle d'une institution, elle est venue réinterroger les pratiques et la place donnée aux droits et libertés des résidents.

Toutefois, il ne suffit pas d'une loi pour que les mentalités ou les pratiques changent. En revanche elle peut constituer un levier pour le directeur pour accompagner le changement.

A partir d'une contrainte, celle de se réorganiser en conformité avec la loi du 5 mars 2007, il s'agissait là de saisir cette opportunité et de la vivre non comme une contrainte mais comme une opportunité. Ainsi la stratégie a consisté à articuler nécessité et opportunité.

Au sein d'une institution de type EHPAD, les contraintes collectives sont fortes. Ainsi la prise en compte des besoins individuels ne se fait pas de façon spontanée.

Pour favoriser le respect des choix des résidents, le directeur devra s'appuyer sur une gestion par projet visant à promouvoir un accompagnement individuel notamment au travers du projet de vie personnalisé. Il s'agit bien pour la structure, de s'adapter aux besoins des résidents et non l'inverse.

Il appartiendra donc au directeur de mobiliser les acteurs de son institution pour mener à bien le projet au service des usagers. Il s'appuiera sur l'équipe de direction pour promouvoir la démarche participative et donner du sens à l'action. Ainsi la dimension ressources humaines occupe une place centrale car c'est grâce à la motivation et à l'implication des acteurs qu'un projet peut prendre corps.

Compte tenu du caractère particulièrement vulnérable de certains résidents, la dimension éthique était omniprésente dans cette réflexion. Ainsi comme l'évoque Michel Laforcade, « Repenser la place des personnes accueillies au sein des structures médico-sociales relève avant tout d'une posture éthique et politique⁵⁶ ».

⁵⁶ Michel Laforcade, Vincent Meyer « les usagers évaluateurs »

Dans ma position de directeur, compte tenu des contraintes économiques et juridiques de l'environnement, j'ai choisi d'engager les deux établissements sur la voie du partenariat et ainsi d'ouvrir la structure sur son environnement. Une structure fermée sur elle-même est un système clos, voué à disparaître.

Toutefois, j'ai bien conscience que cette ouverture peut générer des résistances de la part des équipes soignantes qui aujourd'hui ne sont pas dans cette démarche d'aller chercher les ressources vers l'extérieur mais plutôt de développer les réponses en interne. Elles sont donc plus dans une logique de travail en vase clos.

Il appartiendra donc au directeur et à son équipe de direction de promouvoir le partenariat au sein de ses institutions.

Nous avons vu en effet qu'il était une réponse pertinente pour améliorer la prise en charge des majeurs protégés et ainsi favoriser le développement de leurs droits.

Le directeur se doit d'être vigilant quant à l'évolution de son environnement car ce dernier influe directement sur le fonctionnement de sa structure.

Or ces dernières années le secteur médico-social a été particulièrement impacté par des réformes conséquentes. La tendance reste forte avec la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) et la loi Hôpitaux Patient santé Territoire (HPST).

Ainsi, le contexte environnemental des établissements laisse présager encore d'importants remaniements.

1. Bibliographie

Ouvrages:

AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, LIVIAN, 2005, « Les nouvelles approches sociologiques des organisations », 3^{ème} édition, Seuil, 296 p

BOURQUE Reynald, THUDEROZ Christian, 2002, « Sociologie de la négociation », 3^{ème} édition, Paris : La découverte, 124 p

FOSSIER.T – M. BAUER, 2007, « *Les Tutelles accompagnement et protection juridique des majeurs* », 4^{ème} édition, Issy-les- Moulineaux : ESF, 489 p

JAEGER Marcel, 2000, « L'articulation du sanitaire et du social – travail social et psychiatrie », Paris : DUNOD, 172 p

JEAN Jacqueline – JEAN Agnès, 2009, « *Mieux comprendre la tutelle et la curatelle* », 3^{ème} édition, Paris : Vuibert, 251 p

LAFORCADE M - MEYER V, 2008, « Les usagers évaluateurs ? leur place dans l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles en travail social, Les études hospitalières, 200 p

LHULLIER Jean-Marc, 2007, « Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médicosociaux », 3^{ème} édition, Rennes : ENSP, 239 p

LOUBAT Jean René, 1997, « Elaborer son projet d'établissement social et médico-social », Paris : DUNOD, 264 p

MIRAMON Jean-Marie, 2009, « Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux », 3^{ème} édition, Rennes : EHESP, 149p

MOLIN Olivier, 2009, « Les tutelles : la protection juridique des majeurs » Editeur : Berger-Levrault

VERCAUTEREN Richard, BARRANGER Anelyse, VERCAUTEREN Marie-Christine, 1994, « animer une maison de retraite » Erès, 144 p

WONG Catherine, 2009, « Guide des tutelles et de la protection juridique des majeurs » Paris : DUNOD, 442 p

Revue, Articles, Loi :

ARHAB-GIRARDIN F, 2009, « La décision médicale du majeur protégé : une articulation complexe des dispositions du code de santé publique avec la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs », *Revue de droit sanitaire et social*, n°5, pp. 875–889.

BUNGENER M, 2009, « Canicule estivale : la triple vulnérabilité des personnes âgées », *Mouvement* 2004/2, n°32, pp 75-82

CHAMVERT P, 2001, « Les établissements pour personnes âgées évoluent-ils vers des établissements de santé » *Revue de Gériatrie* vol 26, n°10

DICQUEMARE D, 2000, « La résistance au changement produit d'un système et d'un individu », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, pp 81 -96

ENNUYER B, 2004, « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles, *Gérontologie et société*, 2004/2 volume 109, pp 141-154.

FAUGERAS Sylvie « en quête de satisfaction »

FRESNEL F, 2007, « Le majeur protégé au cœur du dispositif : Mythe ou réalité ? », *Les cahiers de l'actif*, n°376-377, pp 61-72.

GEOFFROY JJ, 2007, « la mesure d'accompagnement social personnalisé : réalité ou utopie », *Les cahiers de l'actif*, n°376/377, pp. 87-101.

LEFEUVRE-DARNAJOU K, 2004, « La protection des majeurs vulnérables. Pourquoi la loi actuelle devrait être repensée », *Gérontologie et société*, 2004/2 volume 109, p. 155-164

MEIRE P, 2000, « la vulnérabilité des personnes âgées », *Louvain médical*, n°119, pp.221-226

MOLLIER A, 2004, « Le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées », *Les cahiers de l'actif*, n° 336/337, pp.145-151.

PREVOT J, 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et résultats*, DREES, n°699, août.

WINOGRAD CH, GERTY MB et coll " Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation *J Am Geriatric Soc* 1983

WONG C, Libre choix : En quoi la nouvelle loi de réforme des tutelles accroît-elle l'espace de liberté des patients ? *Revue de gérontologie et société* 2009/4 N°131

Revue Vivre ensemble – journal de l'UNAPEI janvier 2009 Dossier « Protection juridique »

Revue Direction(s) N° 72 Mars 2010 « Les Tutelles sur la voie 2002-2 »

La protection des majeurs vulnérables *Cahier des ASH de mars 2009*

Loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs et liens vers les décrets d'application

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Décret n° 2008-1554 du 31 décembre 2008 relatif aux modalités de participation des personnes protégées au financement de leur mesure de protection

Décret n°2008-1498 du 22 décembre 2008 fixant les listes de prestations sociales mentionnées aux articles L.271-8 et L.361-1 du CASF et l'article 495-4 du CC et le plafond de la contribution des bénéficiaires de la MASP, publié au J.O. du 31 décembre 2008.

Etudes, rapports :

Enquête HID

Espace Ethique AP-HP

- Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile – DREES 2008

La lettre de l'observatoire, Etude Fondation Méderic Alzheimer, N°11 octobre 2009

La réforme de la protection juridique des majeurs

Editeur DGAS (Direction générale de l'action sociale) mars 2008

Notes d'Iéna – Information du Conseil économique et social N° 244 du 22 septembre 2006

Rapport Favard Avril 2000

Rapport Assemblée Nationale *Auteur : Blessig Emile Janvier 2007*

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de la Fondation Nationale de Gérontologie

- Rapport du groupe de travail relatif aux recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – ministère de l'emploi et de la solidarité mars 2002

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES

Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND, Sandrine ANDRIEU n° 83 – novembre 2008

« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » septembre 2008
ANESM

« Les attentes de la personne et le projet personnalisé » décembre 2008 ANESM
recommandations de bonnes pratiques

Plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP

Schéma gérontologique de Paris 2006-2011

Schéma gérontologique 2006-2010 du Val de Marne

Sénat : Étude de législation comparée n° 148 - juin 2005 - La protection juridique des
majeurs

Sites internet :

- Ministère de la justice

www.tutelles.justice.gouv.fr

www.travail-solidarite.gouv.fr

www.tutelleauquotidien.fr

www.cairn.info.fr

2. Liste des annexes

Annexe 1 : Critères de fragilité selon Winograd C.H

Annexe 2 : Organigramme

Annexe 3 : Avenant au contrat de séjour

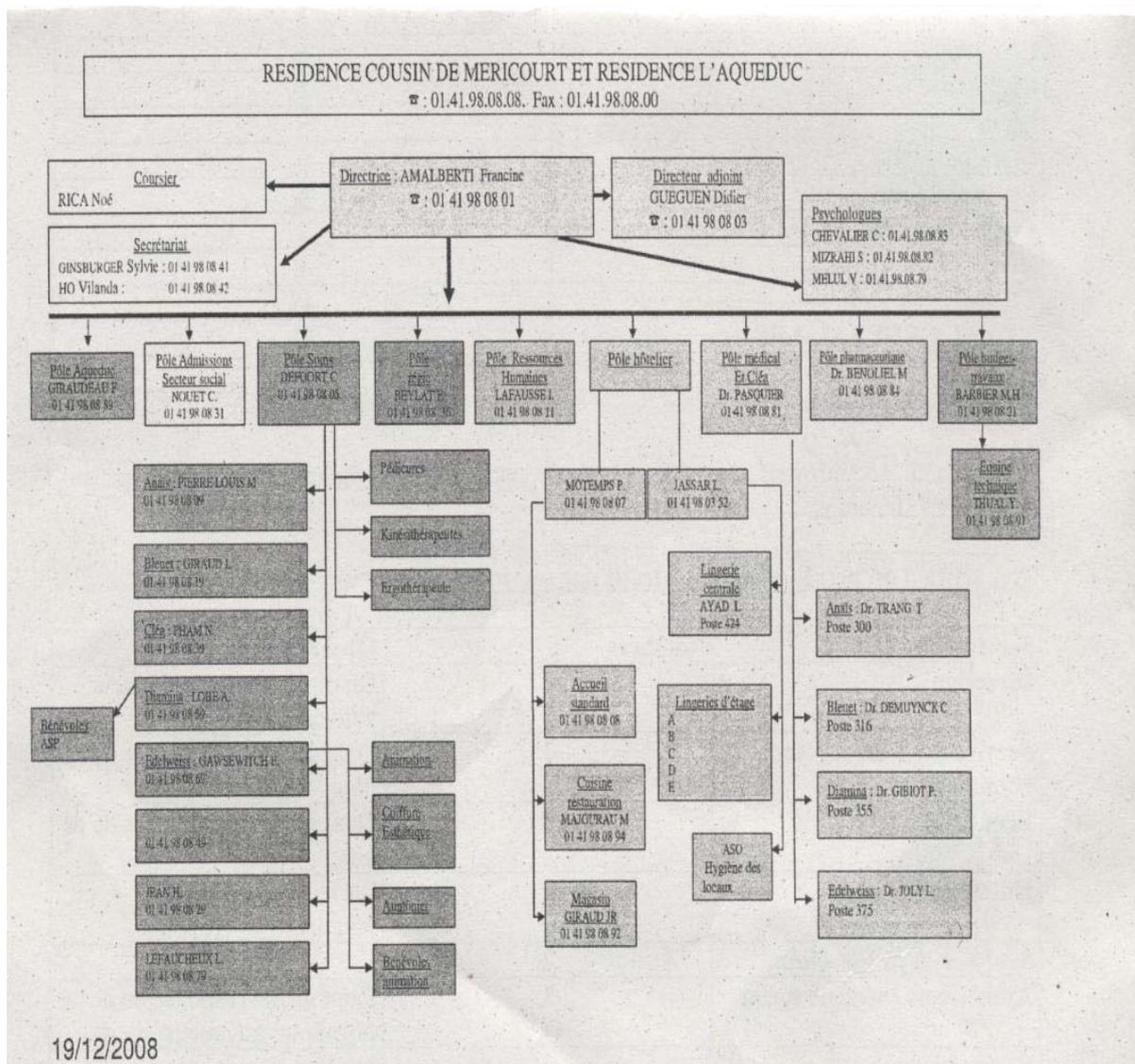
Annexe 4 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Annexe 1

Critères de fragilité selon Winograd C.H

1. 65 ans et plus
2. Accident cérébro-vasculaire, maladie chronique et invalidante
3. Confusion, dépression
4. Démence
5. Trouble de la mobilité, dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne
6. Chute dans les trois mois
7. Alitement prolongé
8. Escarres
9. Malnutrition, perte de poids ou d'appétit
10. Poly-médication
11. Déficits sensoriels (vision, audition)
12. Problèmes socioéconomiques et familiaux
13. Utilisation de contentions
14. Incontinence
15. Pas d'hospitalisation programmée dans les trois mois

Annexe 2



Annexe 3

AVENANT AU CONTRAT DE SEJOUR

Pris en application de l'article L.314-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles et du décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004.

OBJET

Le présent avenant, établi en double exemplaire, complète le contrat de séjour de M.....
..... conclu le

Il a pour objet de préciser, à l'issue des premières semaines de séjour, les objectifs et les modalités de la prise en charge de la personne accueillie, compte-tenu des informations recueillies sur sa vie, ses goûts, ses désirs, et du bilan de santé réalisé.

Il est convenu avec la personne accueillie ce qui suit :

I – DEFINITION AVEC LA PERSONNE ACCUEILLIE OU SON REPRESENTANT LEGAL DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Un bilan de santé incluant une évaluation gériatrique a été effectué le

Les objectifs de la prise en charge médicale sont précisés dans le dossier médical du résident.

Les objectifs du projet de vie de la personne accueillie sont les suivants : (à développer)

II - MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE

1 - Hôtellerie

Choix du lieu de restauration

En règle générale, la personne accueillie prendra

Son petit déjeuner :

- dans sa chambre
- dans la salle à manger d'étage

Son repas de midi

- dans le restaurant,
- dans la salle à manger d'étage
- dans sa chambre

Son dîner

- dans le restaurant,
- dans la salle à manger d'étage
- dans sa chambre

Aide à la prise de repas

- Elle sera aidée
- Elle n'a pas besoin d'aide

Régimes :

- La personne accueillie n'a pas de prescription de régime particulier
- Un régime est médicalement prescrit :

sans sel,

pour diabétique,

repas mixés etc.....

** collation la nuit.....*

La fiche de recueil des goûts est annexée.

Entretien des locaux

Le ménage de la chambre aura lieu (rythme)

Les draps seront changés (rythme)

2 - Animation et vie sociale

Aide aux déplacements à l'intérieur de l'établissement : Oui
 Non

Animations, ateliers, sorties

Dans le cadre du programme général d'activités, la personne accueillie est particulièrement intéressée par les activités suivantes :

Participation souhaitée aux sorties : Oui
 Non

Souhaits particuliers concernant la vie sociale et familiale (à remplir)

Coiffure, esthétique (à remplir)

Sécurité

- Pas de contre-indication médicale connue aux sorties non accompagnées
- Dans le cadre de la prescription médicale du docteur en date du les sorties non accompagnées sont contre-indiquées.

Souhaits particuliers pour assurer une bonne qualité de sommeil

Autres modalités particulières de l'accueil

3 - Soins et surveillance médicale

Nom du médecin traitant (pour mémoire) :

Hygiène :

La personne accueillie

- Assurera seule sa toilette
- Sera aidée pour sa toilette

Aide à l'habillage et au déshabillage

- Oui
- Non

Soins paramédicaux prescrits

- Kinésithérapie
- Orthophonie
- Psychomotricité
- Ergothérapie
- Pédicurie

(Préciser éventuellement qui assure ces prestations, libéraux ou personnels de l'établissement, et le rythme.)

Médicaments

Aide à la prise de médicaments : Oui
 Non

Signature du résident

Du de son représentant légal
(date et lieu précédés de la mention lu et approuvé)

Signature du directeur par délégation

Ce document peut être modifié à tout moment par la personne accueillie ou par son représentant légal ou le directeur de l'établissement.

Annexe 4

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Commission des droits et libertés de la Fondation Nationale de Gérontologie.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyen. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences.

Cette Charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

Article I - Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque.

Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

Article II - Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. La personne âgée dépendante ou à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle. Lorsque le soutien à domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile.

Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie à domicile. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et avec ses proches. Ce choix doit rechercher la situation la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade.

Son confort moral et physique, sa qualité de vie doivent être l'objectif constant, quelle que soit la structure d'accueil.

L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

Article III - Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société. Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité. Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle. La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées, que ce soit en institution ou au domicile.

Toute personne âgée doit être informée de façon claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

Article IV - Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Le rôle des familles qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile, doit être reconnu. Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches, notamment sur le plan psychologique.

Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de vie doit être encouragée et facilitée. En cas d'absence ou de défaillance des proches, c'est au personnel et aux bénévoles de les suppléer.

Une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

La vie affective existe toujours, la vie sexuelle se maintient souvent au grand âge, il faut les respecter.

Article V - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs, sous réserve d'une protection légale, en cas de dépendance psychique.

Il est indispensable que les ressources d'une personne âgée soient complétées lorsqu'elles ne lui permettent pas d'assumer le coût du handicap.

Article VI - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à garder ses activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent, même chez des personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.

Développer des centres d'intérêts évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques etc. ...) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée.

Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées. Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

Article VII - Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Chaque établissement doit disposer d'un local d'accès aisé, pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions. Les rites et usages religieux s'accomplissent dans le respect mutuel.

Article VIII - Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie donc, chaque fois que son efficacité est démontrée.

Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessible à tous.

Article IX - Droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles. Aucune personne âgée ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital. L'accès aux soins doit se faire en temps utile, en fonction du cas personnel de chaque malade et non d'une discrimination par l'âge.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Ces soins visent aussi à réduire les fonctions et compenser les handicaps. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets.

L'hôpital doit donc disposer des compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades.

Les institutions d'accueil doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dépendantes psychiques.

Les délais administratifs abusifs qui retardent l'entrée dans l'institution choisie doivent être abolis. La tarification des soins doit être déterminée en fonction des besoins de la personne âgée dépendante, et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

Article X - Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Une formation spécifique en gérontologie doit être dispensée à tous ceux qui ont une activité professionnelle qui concerne les personnes âgées. Cette formation doit être initiale et continue, elle concerne en particulier, mais non exclusivement, tous les corps de métier de la santé. Ces intervenants doivent bénéficier d'une analyse des attitudes, des pratiques et d'un soutien psychologique.

Article XI - Respect de fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille. Certes, les affections sévères et les affections mortelles ne doivent pas être confondues : le renoncement thérapeutique chez une personne curable constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié. Mais lorsque la mort approche, la personne âgée doit être entourée de soins et d'attention adaptés à son état. Le refus de l'acharnement ne signifie pas un abandon des soins mais doit, au contraire, se traduire par un accompagnement qui veille à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale. La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement, entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.

Que la mort ait lieu au domicile, à l'hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille avant et après le décès.

Article XII - La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité. Seule la recherche peut permettre une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge et faciliter leur prévention. Une telle recherche implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique, que les sciences humaines et les sciences économiques. Le développement d'une recherche gérontologie peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, diminuer leurs souffrances et les coûts de leur prise en charge. Il y a un devoir de recherche sur le fléau que représentent les dépendances associées au grand âge. Il y a un droit pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés à bénéficier des progrès de la recherche.

Article XIII - Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés, non seulement ses biens, mais aussi sa personne. Ceux qui initient ou qui appliquent une mesure de protection ont le devoir d'évaluer ses conséquences affectives et sociales.

L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées, y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle. La sécurité physique et morale contre toute agression et maltraitance doit être sauvegardée.

Lors de l'entrée en institution privée ou publique ou d'un placement dans une famille d'accueil, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite, la personne âgée dépendante peut avoir recours au conseil de son choix.

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé. Lors de la mise en œuvre des protections prévues par le code civil (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), il faut considérer avec attention que :

- le besoin de protection n'est pas forcément total, ni définitif ;

- la personne âgée dépendante protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;
- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne âgée puisse exprimer des orientations de la vie et doit toujours être informée des actes effectués en son nom.

Article XIV - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes. Cette information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à cette exclusion qui ne prend pas en compte les capacités restantes ni les désirs de la personne. L'exclusion peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus de la réponse aux besoins. L'information concerne aussi les actions immédiates possibles. L'éventail des services et des institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels. Faire toucher du doigt la réalité du problème et sa complexité peut être une puissante action de prévention vis-à-vis de l'exclusion des personnes âgées dépendantes et peut éviter un réflexe démissionnaire de leur part.

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.