

# CRÉER UN RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE EN MILIEU RURAL À PARTIR D'UN EHPAD POUR PRÉVENIR LES RUPTURES DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

**Christian ROCH** 

**CAFDES** 

2007

### Remerciements

Je tiens à remercier ceux qui m'ont accompagné tout au long de ce parcours et plus particulièrement :

- L'équipe et l'ensemble des formateurs du Centre Régional de Formation et de Perfectionnement aux Fonctions de Direction de Toulouse, et plus particulièrement Alain CHAUMET, tuteur de mon mémoire, pour son immense culture, son aide précieuse et son suivi attentif,
- La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, la Direction de la Solidarité et de la Prévention de la Corrèze, le Conseil d'Administration du CCAS et de la Communauté de Communes du Pays d'Eygurande qui m'ont permis de suivre cette formation,
- Le personnel de l'EHPAD «Résidence du Parc » et plus particulièrement l'infirmière coordonnatrice, qui lors de mes absences répétées et les nombreuses heures consacrées à cette formation, m'a soulagé dans le travail quotidien et supporté mon stress,
- Les résidents qui se demandent encore pourquoi je partais systématiquement en vacances dans la cité rose.
- Les familles pour leurs encouragements,
- Claude, David et Frédéric pour leurs apports techniques quand l'informatique m'a trahi,

À ma mère,

## Sommaire

#### REMERCIEMENTS

#### SOMMAIRE

### LISTE DES SIGLES UTILISÉS

IN <sup>.</sup>	TRODI	JCTION	1
1		LUTION DE LA POPULATION ÂGEE SUR LE CANTON OÙ LA PI	
	D'AU	TONOMIE ENGENDRE DES SITUATIONS D'URGENCE	3
	1.1	La particularité d'un territoire et de sa population	3
	1.1.1	Au niveau démographique et mode de vie	4
	1.1.2	Une désertification commerciale et industrielle	5
	1.1.3	Un réseau solidaire qui s'amoindrit	5
	1.1.4	Un contexte culturel qui touche nos campagnes	7
	1.2	Les politiques sociales de la vieillesse : le maintien à domicile et la	prise
		en compte de la dépendance	8
	1.2.1	Evolution de la politique vieillesse depuis le rapport Laroque	8
	1.2.2	La prise en compte de la dépendance : de la PSD à l'APA	9
	1.2.3	Le maintien à domicile	12
	1.2.4	L'accueil en structure d'hébergement :	15
	1.3	Une inadéquation des services aboutissant à des ruptures de vie	22
2	DES	PRISES EN CHARGE INADAPTÉES CRÉANT DES SITUAT	IONS
	D'UR	GENCE SUR LE CANTON	25
	2.1	Les limites du maintien à domicile	27
	2.1.1	Une aggravation de la dépendance	27
	2.1.2	La raréfaction des aidants	32
	2.1.3	Les oubliés de l'APA, les personnes âgées en situation de fragilité	35
	2.1.4	Des lieux d'habitation insuffisamment adaptés	37
	2.2	La ruralité qui amplifie l'isolement et la solitude	39
	2.2.1	Les notions d'isolement	39
		Christian ROCH - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique -2007	

	2.2.2	La notion de solitude	41
	2.3	Le droit aux risques et la notion d'urgence	43
	2.3.1	Le droit aux risques	43
	2.3.2	La notion d'urgence	45
3	PAR	PROJET DE RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE EN MILIEU RURAL TIR D'UN EHPAD POUR PRÉVENIR LES RUPTURES DE VIE DE SONNES ÂGÉES	S
	3.1	La mise en place du réseau gérontologique de proximité	53
	3.1.1	Un territoire d'action bien défini	53
	3.1.2	Description et fonctionnement du réseau	55
	3.1.3	La mise en place d'actions ciblées	62
	3.2	L'EHPAD, tête du réseau pour prévenir les ruptures de vie	66
	3.2.1	Une culture du réseau déjà ancienne	66
	3.2.2	Le renouvellement de la convention tripartite pour inventer l'EHPAD de dema	ain
		qui s'inscrit dans le réseau de proximité	69
	3.3	L'évaluation, l'étape ultime du projet	73
	3.4	Les perspectives	75
СО	NCLU	ISION	76
BIE	BLIOG	RAPHIE	78
LIS	STE DI	ES ANNEXES	

### Liste des sigles utilisés

**ACTP** Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AD-PA Association des Directeurs au service des Personnes Agées

AGGIR Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ANGELIQUE Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la

Qualité pour les Usagers de l'Etablissement

APA Allocation Personnalisée à l'Autonomie

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

**CCAS** Centre Communal d'Action sociale

**CCI** Chambre de Commerce et de l'Industrie

CIDRAT Centre d'Information et de conseil sur les aides techniques

CLEIRPPA Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes

des Personnes Agées

**CLIC** Centre Local d'Information et de Coordination

**CODERPA** Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

**DATAR** Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

**DREES** Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

**DGAS** Direction Générale de l'Action Sociale

**EDE** European association for Directors of residential cares homes for the Eldery

**EHPAD** Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT Etablissement et Service d'Aide par le Travail

**ETP** Equivalent temps Plein

**FNADEPA** Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissement et de service pour Personnes Agées

GALAAD Gérontologie : Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision

**GIR** Groupe Iso Ressources

GMP GIR Moyen Pondéré

**HID** Handicap Incapacité Dépendance

**INSEE** Institut National des Statistiques et Etudes Economiques

MDR Maison de Retraite

PACT ARIM Protection/Amélioration/Conservation/Transformation, Association de

Restauration IMmobilière

**PSD** Prestation Spécifique Dépendance

**SAVS** Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**SMUR** Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

SSIAD Service de Soins Infirmiers A Domicile

T2A Tarification à l'activité

URSSAF Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations

**Familiales** 

USLD Unité de Soins Longue Durée

**ZRR** Zone de Revitalisation rurale

#### Introduction

« Le sens de notre vie est en question dans l'avenir qui nous attend ; nous ne savons pas qui nous sommes si nous ne savons pas ce que nous serons : ce vieil homme, cette vieille femme, nous reconnaissons-nous en eux ? Il le faut si nous voulons assumer dans sa totalité notre condition humaine »<sup>1</sup>

Le Plan solidarité Grand Âge, présenté par Monsieur Philippe BAS, ancien ministre délégué de la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le 27 juin 2006 prévoit la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de la longévité et une politique du grand âge et partait de plusieurs constats :

- La longévité devient un défi collectif pour notre système de soins, pour l'ensemble de la solidarité nationale afin de prévenir et prendre en charge la dépendance liée au grand âge, en sachant que le nombre de personnes de plus de 85 ans va doubler dans les dix prochaines années entraînant un accroissement des personnes dépendantes.
- Depuis le rapport Laroque, la politique du maintien à domicile s'améliore et avec le boom démographique des octogénaires, la prise en charge à domicile va fortement augmenter pour répondre au souhait de la majorité.

Le maintien à domicile de la personne âgée a toutefois ses limites et on assiste fréquemment, suite à un accident de la vie, à une entrée en institution non préparée, non décidée par la personne âgée et bien souvent vécue comme un choc ou une rupture. Les solutions se prennent dans l'urgence. Elles se résument à un choix binaire entre rester chez soi avec des risques importants ou aller en maison de retraite contraint et forcé.

Je suis actuellement directeur d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D) Résidence le Parc situé à Eygurande, un canton rural de haute Corrèze, et sensible aux difficultés et modes de vies des aînés, habitants sur ce territoire. Soucieux de rendre service aux gens du « pays », je souhaite élargir le champ d'action de l'établissement déjà inscrit dans un partenariat local afin de mieux répondre aux attentes des personnes âgées, de prévenir les ruptures de vie, et de tenter d'allier le désir de chacun au champ du possible.

.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> De BEAUVOIR S. La vieillesse, Gallimard, 1979,

Je commencerai mon mémoire par la présentation du contexte dans lequel vivent les personnes âgées, de leurs besoins et des réponses apportées en terme d'équipements et de services. Il y a inadéquation tant entre ces demandes et les réponses actuelles que du positionnement de l'établissement dirigé par mes soins.

Dans un second temps, je m'intéresserai aux causes explicatives à la « non-réponse » aux besoins que je décrirai, aboutissant à des situations d'urgence.

La troisième partie sera consacrée au projet lui-même, à sa conception et à mon rôle de directeur dans ce projet vis-à-vis des différents partenaires et du personnel de l'établissement, afin d'être un véritable acteur inscrit dans l'environnement.

Il m'apparaît important que l'entrée en institution ne soit pas vécue par les aînés comme un moment de crise liée à l'urgence, un passage obligé, une sorte de couperet dans leur vie. Cela doit s'inscrire dans un continuum de la vie, un évènement qui s'inscrit dans une histoire personnelle jalonnée d'un certain nombre de ruptures naturelles.

Que veulent les personnes âgées ? Très attachées à leur « terre » où elles sont nées, où elles vivent, elles souhaitent y mourir.

Et comme le chante le poète local :

« O moun païs, ieu garde in suveninso L'indreit qu'a fait toudjour batre noun cuer ; Fasso lou sort, la Sainto Prouvidinso Que ieu repauz'in paiz coum' d'ati que lei duert! »²

( O mon pays, je garde en souvenir L'endroit qui a toujours fait battre mon cœur Fasse le sort, la sainte Providence Que j'y repose en paix comme celui qui y dort !)

-

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> GRABIE F, *Poésies patoises*, Musée du Pays d'Ussel, 1984, p 62

# 1 Évolution de la population âgée sur le canton où la perte d'autonomie engendre des situations d'urgence

#### 1.1 La particularité d'un territoire et de sa population

La Corrèze occupe le flanc sud-ouest du Limousin, lui-même situé au nord-ouest du Massif Central. Le Canton d'Eygurande fait partie de la «montagne » limousine, un plateau séparé par des lignes de crêtes aux versants convexes avec le puy du Vareyron culminant à 915 mètres, qui vient mourir au pied des chaînes des monts Dore. Terre de confins, le pays d'Eygurande doit son nom à l'attachement mystique des Gaulois à leurs limites territoriales (Icoranda). Les terres, abandonnées du fait de l'exode rural durant un siècle, ont été largement reboisées, leurs surfaces atteignant aujourd'hui 48% du territoire. Terre rigoureuse avec des températures basses, de nombreuses gelées et des chutes de neige fréquentes.



Tout comme en Limousin, le vieillissement de la population lié à l'allongement de la durée de vie sur ce canton est une tendance lourde. Pour des raisons historiques et démographiques, il semble que la haute Corrèze ait anticipé de plus de dix ans ce vieillissement par rapport à la France voire de l'Europe. Avec une moyenne d'âge de 43 ans soit cinq ans de plus que la moyenne nationale, celle-ci atteindra 51 ans en 2030.

#### 1.1.1 Au niveau démographique et mode de vie

Canton	Population	Population	Population	Population
D'Eygurande	totale	60 ans et + (%)	60-74 ans (%)	75 ans et + (%)
1982	3489	32	20	12
1990	3126	36	22	14
1999	2822	37	22	15

(Statistiques: INSEE fascicule Recensement Eygurande, mars 1999)

La population âgée est une constante forte du milieu rural et le canton d'Eygurande ne déroge pas à cette règle : 37% des habitants ont plus de 60 ans, cette proportion étant bien supérieure à celle du département (30%) et nationale (21%). Ce vieillissement est amplifié par des causes locales aggravantes telles qu'une fécondité structurellement faible, un solde migratoire positif car nous sommes une région très attractive... pour les seniors! 76% des personnes nouvellement arrivées ont entre 60 et 74 ans et le poids de ces arrivants représente jusqu'à 10% de la population de certaines communes<sup>3</sup>.

D'autre part, les femmes corréziennes continuent à être plus âgées que les hommes : Il y a en effet un écart de longévité en leur faveur de sept ans et elles représentent sur ce canton 65% des plus de 75 ans.

Plus que dans l'ensemble du département, la personne âgée habite dans un logement ordinaire dont la qualité et le confort sont moyens. Si la plupart dispose d'une baignoire ou d'une douche, 110 logements référencés n'ont pas encore le chauffage central ou électrique. Souvent les occupants refusent d'envisager les travaux d'amélioration de base—sanitaire et chauffage—du fait du niveau peu élevé de leurs revenus, de l'impossibilité à demander le bénéfice de subventions du fait qu'ils sont généralement usufruitiers et non propriétaires, mais aussi de leur âge avancé. Cette implantation en zone rurale est souvent ancienne (40% des ménages âgés occupaient déjà leur logement actuel il y a plus de trente ans), une part importante de ces habitations étant d'anciennes exploitations agricoles sans voisinage immédiat.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> INSEE, *La population en Limousin*, document avril 2005

Enfin, l'équipement en automobile des habitants du canton est relativement faible : 72 ménages n'en ont pas. La proportion de personnes âgées ne disposant pas de véhicule est de 23% ; dans le département, cette proportion est ramenée à 15%. Or la détention d'une voiture en zone rurale est fort utile compte tenu de l'isolement géographique, pour conserver son autonomie.

#### 1.1.2 Une désertification commerciale et industrielle

D'une superficie de 19723 hectares et une densité de population de 19 habitants au km², le canton d'Eygurande voit inexorablement ses commerces et l'artisanat disparaître. En moins de 10 ans, 8 commerces ont disparu par l'absence de succession. Plus grave, certains prestataires itinérants (boulangerie, boucherie, alimentation) ont cessé leur tournée par manque de rentabilité<sup>4</sup>. Les services publics (la poste, trésor public) ne sont plus ouverts tous les jours. La seule industrie importante du canton qui fabriquait de la literie et de l'ameublement et employait 22 jeunes salariés va déposer le bilan avant la fin de l'année.

En ce qui concerne le corps soignant, il n'y a que 2 médecins de ville ainsi que 2 infirmières libérales pour tout le canton. Malgré des incitations financières pour s'implanter en zone rurale, ces corps de métier ont beaucoup de mal à trouver un remplaçant.

En fait, ce sont l'agriculture avec 146 exploitations (dont 95 dépassent les 50 hectares) et le monde du médico-social et sanitaire – 400 emplois se répartissant entre un centre hospitalier psychiatrique, un E.H.PA.D et un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) avec son foyer d'hébergement - qui maintiennent l'emploi sur le canton.

#### 1.1.3 Un réseau solidaire qui s'amoindrit

Nous avons vu que les personnes âgées du canton connaissent un vieillissement important. Elles vivent, presque exclusivement, à domicile au sein d'un territoire vaste. Aussi, je vais m'intéresser à l'environnement de ces personnes, et observer leur manière de vivre et de construire des liens sociaux :

- <u>Les familles</u>: S'il est impossible de dresser un portrait-robot de la famille type, on peut cependant noter que l'environnement familial est presque toujours impliqué dans la vie des aînés ce qui est encore plus vrai dans le monde agricole où l'on rencontre encore de la cohabitation intergénérationnelle et ce, généralement, à la suite du décès d'un conjoint.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> CCI USSEL, Centre d'information et de documentation, février 2006

Cette implication se traduit par des visites régulières, des approvisionnements en alimentation et pharmaceutique, de l'aide administrative, des menus travaux sans oublier l'entraide financière.

Avec l'accroissement de l'âge apparaît un phénomène nouveau, « le vieillissement du vieillissement » que le docteur Forette appelle «la révolution de la longévité » <sup>5</sup>. Les personnes âgées de plus de 80 ans ont des enfants qui entrent dans le troisième âge avec parfois des pathologies plus lourdes que leurs parents. J'ai eu sur la liste d'attente de mon institution deux cas où la mère et la fille s'inscrivaient au même moment pour y entrer.

De plus, l'activité professionnelle des enfants et particulièrement des femmes, leur éloignement géographique font que ce lien social diminue alors que la famille reste « la source d'intégration dans la vie institutionnelle et quotidienne » 6 et détermine la vie sociale des personnes âgées.

- <u>Le voisinage</u> (les amis, les commerçants) : Pour de nombreuses personnes âgées, le voisinage correspond avant tout aux voisins, c'est-à-dire aux personnes habitant près de chez eux et de génération équivalente, avec qui on peut bavarder longuement, confier un double de def, faire garder l'animal de compagnie. Mais ce voisinage de proximité concerne un périmètre restreint qui est autant contraint que choisi. Ce lien social s'étiole Le voisinage est plus jeune, il n'interviendra que lors de coup dur.

Comme je le précisais précédemment les commerçants n'interviennent plus dans les campagnes excepté un boulanger deux fois par semaine et les personnes âgées perdent ce «potentiel de contacts » comme le définit Dominique Argoud<sup>7</sup>. Qui plus est, une personne très importante, là où le voisinage de proximité est moins fourni, tend à disparaître, c'est le facteur. Avec la privatisation de la poste, l'obligation de boîtes aux lettres normalisées au bord de la route pour ne pas descendre du véhicule, cette unique visite quotidienne – abonnement au journal régional oblige, était primordiale et elle est vécue comme une véritable rupture relationnelle.

Quant aux amis, bien souvent, les contacts diminuent avec l'avancée en âge - surtout s'il existe un soutien familial -, seuls les réseaux de fratrie perdurent. Qui plus est, les pairs d'âge s'en vont en institution ou meurent. « Les quelques recherches qui ont porté sur le rôle du voisinage dans le soutien social s'accordent sur le fait que les activités accomplies

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> FORETTE F, *La révolution de la longévité*, Grasset, 1997

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> ATTIAS DONFUTC, Les solidarités entre générations. Vieillesse, famille, état, NATHAN, 2005

par les voisins sont moins intenses que celles des familles et ne sont surtout pas de l'ordre du soin »<sup>8</sup>.

#### 1.1.4 Un contexte culturel qui touche nos campagnes

Le vieillissement est un sujet plutôt tabou dans notre société happée par le jeunisme et renvoie à une représentation négative. A vouloir repousser sans fin les limites de la finitude, le parcours des âges a perdu ses repères fixes. De 60 ans, âge légal pour l'heure de la retraite, le senior qui profite pleinement de ses loisirs et qu'ironiquement on résumait aux 3 B – Bouffe, Belote, Boule – des clubs dits du troisième âge, nous sommes passés à une représentation sociale sur le vieillissement des 3 D – Déclin, Déficit, Dépendance-avec l'image du vieillard, qui solitaire et immobile, regarde le monde derrière la fenêtre de sa maison ou de l'institution en attendant les fins de ses jours.

La vieillesse se caractérise par le « ne plus », ne plus être productif, ne plus être désirable... Ce « ne plus » précède et conditionne le « ne pas ». Ces doubles négations sont difficilement surmontables dans le contexte de modernité où aucune des acquisitions de l'âge n'a de valeur : Savoir, expérience, sagesse ne sont plus des références capables de compenser les interdits, de libérer des possibles. Lire le vieillissement comme la seule accumulation de pertes, c'est en faire un chemin très aride. «Collectivement, c'est se condamner à faire sans cesse plus, toujours plus pour insensément construire une digue contre cette marée grise irréversible et fatale. Nous serons ruinés d'avoir lu la vieillesse comme le seul temps de la ruine. »

A l'heure du développement des prises en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, de la promotion de l'aide à domicile, il m'apparaît opportun de rappeler les actions mises en œuvre par les pouvoirs publiques depuis le rapport Laroque qui a apporté en 1962 une nouvelle conception de la vieillesse fondée à la fois sur une volonté de rupture jusqu'alors dominante de l'assistance et sur le refus d'entériner l'exclusion sociale des personnes âgées.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> ARGOUT D, document CLEIRPA, n°1, 1991

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> MEMBRADO M, *Empan n°52*, Erès, 2003, p 105

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> PUIJALON B, Le concept d'accompagnement, Cahier de la FNADEPA, septembre 2004, p 3

# 1.2 Les politiques sociales de la vieillesse : le maintien à domicile et la prise en compte de la dépendance

#### 1.2.1 Evolution de la politique vieillesse depuis le rapport Laroque

Véritable «instrument de retournement doctrinal »<sup>10</sup>, l'orientation de ce rapport était le maintien à domicile chaque fois qu'il était possible, la limitation du recours à l'hospitalisation, le recul de l'apparition des dépendances résultant du vieillissement. « Il est essentiel de maintenir les personnes âgées dans la société en contact avec les autres générations et d'éviter toute rupture dans leurs conditions de vie. La rupture du vieillard avec son environnement habituel, le changement de résidence et de logement, l'éloignement de ses relations constituent autant de facteurs d'aggravation du vieillissement. ». Concrètement, ces recommandations ne seront mises en œuvre que progressivement<sup>11</sup>.

La loi n°75-535 du 30 janvier 1975 permet l'humanisation des établissements hospitaliers, prend en compte l'existence anarchique d'établissements pour personnes âgées et de là, coordonne les créations de structure, crée les sections de cure médicale. On assiste à la séparation du sanitaire et social, partition discutée et discutable, le grand âge rendant flou les frontières entre l'état de bonne santé et de maladie.

Des années 1980 à nos jours, pouvoirs publics et acteurs sociaux s'efforcent de favoriser une alternative à l'hospitalisation et la prise en compte de la citoyenneté :

- la création de SSIAD (Services de soins infirmiers à Domicile) par décret n°81-448 du 8 mai 1981
- l'instauration en 1982 du Conseil National des Retraités et des Personnes Agées, des Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées
- le décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 sur les conseils d'établissement précisent les modalités d'exercice de la citoyenneté en institution et pour la première fois la question de l'insertion sociale des personnes âgées dépasse le cadre du maintien à domicile.
- la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 couramment appelée par les professionnels « réforme de la tarification » : A un mécanisme de tarification lié au statut de l'établissement, on a substitué une tarification liée au degré de dépendance de la personne accueillie dans le

\_

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> GUILLEMARD A.M., Le déclin du social, PUF, 1986, p 150

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> BORGETTO M, LAFORE R, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, MONTCHRETIEN 5<sup>ème</sup> édition, 2004, p 282

but d'améliorer la qualité des prestations en plaçant l'usager au centre du dispositif de prise en charge.

- la création des EHPAD par la loi n°2002-02 pour les établissements ayant signé une convention tripartite pluriannuelle respectant le cahier des charges fixé par l'arrêté du 26 avril 1999 avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'État.

#### 1.2.2 La prise en compte de la dépendance : de la PSD à l'APA

Le problème de la création, face à la dépendance des personnes âgées, d'une aide destinée à permettre à celles-ci de rester à domicile ou de les solvabiliser dans la perspective d'un accueil dans une structure d'hébergement, a connu bien des errements. Préconisée par le rapport Boulard dès juin 1991 souhaitant une loi sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ce dernier se terminait ainsi : « l'heure est venu de passer des discours aux aides ». Le rapport Schopflin en septembre de la même année propose l'institution d'une nouvelle prestation se substituant à l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne), proportionnelle aux ressources et à l'état de dépendance, l'amélioration de l'efficacité du service rendu à domicile comme en établissement avec un accent mis sur le projet de vie et la réforme de la tarification.

Il faudra attendre la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 et la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Cette aide à la personne se fondera désormais sur son état et non plus sur le régime juridique des établissements.

Il me paraît important à ce stade de faire le point sur les notions de dépendance et d'autonomie :

La dépendance, officialisée par la loi susnommée, qui vient du latin « *dependere* » (être suspendu) implique une relation contraignante, plus ou moins acceptée, qui nous permet de vivre ensemble. Ne parle-t-on pas de dépendance aux substances toxiques, à l'alcool ?

Est dépendante, au regard de la PSD, une personne qui n'effectue pas sans aide les principales activités de la vie courante - qu'elle ne veuille pas ou qu'elle ne puisse pas - et nécessite donc une surveillance régulière. Cette dépendance peut-être physique, sociale, économique ou mentale.

L'autonomie est la liberté, le fait de se donner sa propre loi si l'on se réfère à l'étymologie grecque *autos*, soi-même, *nomos*, la loi. Cela ne signifie pas autant que j'ai le droit de tout

faire, car « la loi n'est pas relative à chacun mais par essence universalisable. Autrement dit, l'autonomie est la soumission à une loi rationnelle universalisable. » <sup>12</sup>

Ainsi, une personne âgée peut être dépendante, tributaire de son entourage, d'aide à domicile, d'un personnel soignant pour effectuer les actes essentiels dans sa vie privée et rester autonome et sujet de désir. Comme le disent encore trop souvent les représentants du monde soignant, le contraire de l'autonomie n'est pas la dépendance mais la perte d'autonomie, au sens où la personne est dans l'impossibilité de choisir ses règles de conduite. Cela reflète bien la prégnance du discours médical où le terme autonomie réfère à l'autonomie fonctionnelle.

Avec la mise en place du dispositif réglementaire de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997, il a été nécessaire de disposer d'un outil d'évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée. Le choix s'est porté sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui est une grille d'analyse permettant d'évaluer certains aspects de l'autonomie (ou de la dépendance plutôt) de la personne par l'observation des actes effectués par celle-ci et ainsi de classer les personnes en six GIR (Groupe Iso Ressources).

L'utilisation de la grille AGGIR a eu comme mérite d'uniformiser sur l'ensemble du territoire les résultats des évaluations et de permettre aux financeurs d'adopter un langage commun dans un souci de coordination des dispositifs. Elle permet également pour la première fois d'associer une prestation d'aide à un état de dépendance, et non plus uniquement en rapport avec le statut de l'établissement.

D'autres y ont vu un outil qui ne mesure que les déficits et les pertes des personnes âgées, « le dénombrement des corps usés, le degré d'usure à partir duquel cela donne droit à une aide, et le coût induit par la nécessité de contenir cette mesure. Ce que le pouvoir ne comprend pas, il le mesure, disait Jacques Attali. Cette affirmation correspond bien à ce qui se passe dans le champ de la vieillesse. »<sup>13</sup>

La PSD, cependant, était critiquable du fait d'insuffisances nombreuses : conditions très strictes quant à son attribution avec un seuil de ressources très faibles, prestation réservée aux personnes les plus lourdement handicapées (GIR1 à GIR3), récupération sur succession qui fut un énorme frein à son développement, une inégalité des droits sur le territoire car les départements fixaient le montant de la prestation accordée avec une

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> RICOT J, *Philosophie et fin de vie,* ENSP, 2003, p 25

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> PUIJALON B, opus cit., p 3

forte disparité ( l'écart entre la Corrèze et les Hauts de Seine était de 4). Cela pouvait même parfois aboutir à une dégradation de la situation des personnes âgées, le montant de la PSD étant bien inférieur à celui de l'ACTP.

Martin Luther King, en 1963 à la mort du président Kennedy, exprimait le fait que les citoyens quels que soient leur lieu de vie, ou leur couleur, ont droit aux mêmes droits civiques. Le droit à la santé, et aux soins (définition de mission pour la Sécurité Sociale) doit être le même pour tous les français quels que soient leur niveau social ou leur domiciliation, droits réaffirmés par la charte européenne des droits fondamentaux de la personne du 7 décembre 2000 (Sommet de Nice).

Ce dispositif faisant l'unanimité contre lui, une réforme devenait inévitable. Le rapport de Paulette Guinchard Kunstler « vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie » en 1999 préconise l'instauration d'une prestation unique égale sur tout le territoire qui dépendra du niveau de perte d'autonomie couplée avec la création de CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination Gérontologique). Madame Martine Aubry, ministre de la solidarité en 2000 charge Jean-Pierre Sueur d'une mission de concertation sur les améliorations à apporter à la loi n°97-60 sur la PSD qui aboutira à la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie).

Les objectifs de cette loi sont au nombre de sept :

- l'ouverture d'un droit universel à toute personne âgée, résidant en France, se trouvant dans l'incapacité d'assumer les conséquences de son manque ou de sa perte d'autonomie liée à son état physique et mental, ayant donc besoin d'un soutien à domicile, dans une collectivité, et dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire,
- l'élargissement du champ de la prestation incluant les personnes âgées de GIR4 et assimilant au domicile l'accueil familial chez le particulier et l'accueil dans les hébergements collectifs de petite taille,
- la personnalisation de l'allocation en fonction du degré de perte d'autonomie de la personne âgée, dans le cadre d'un plan d'aide individualisée, ne prenant les ressources en compte que pour moduler le montant de l'attribution,
- la participation effective des bénéficiaires de l'APA au plan d'aide,
- l'amélioration de la qualité des prestations assurées aux personnes âgées et leur diversification.

- l'amélioration de la gestion de la prestation, du pilotage du dispositif et des procédures administratives afin d'aboutir à un système de prise en charge cohérent, accessible et généreux.
- la mise à contribution de la solidarité nationale au-delà de la simple compensation résultant de l'élargissement du champ des bénéficiaires afin de ne pas laisser seuls les départements assumer la charge de cette réforme.

Enfin, la réforme de tarification des EHPAD constitue un élément important de la mise en place de l'APA. Elle a modifié la tarification de façon importante puisque nous sommes passés le 1<sup>er</sup> janvier 2002 d'un système tarifaire binaire (hébergement et soins) à une tarification ternaire (hébergement, soins et dépendance) avec une tarification individualisée suivant le GIR de la personne.

Cependant, si tous les professionnels se sont réjouis de voir enfin la dépendance reconnue comme un risque pris en compte par le législateur, tous regrettent vivement que celle-ci ne constitue pas une 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale (les 4 autres étant le risque maladie-invalidité-décès, veuvage-vieillesse, accident du travail et famille) afin d'offrir aux personnes âgées une véritable couverture sociale et financière.

Sur le canton d'Eygurande, si la Prestation Spécifique Dépendance avait été particulièrement boudée par les éventuels bénéficiaires en raison de l'aliénation de leur patrimoine par la récupération en succession (deux demandes dans mon institution, aucune n'ayant abouti à domicile), l'APA a connu dès sa mise en place une explosion de demande, à tel point que le conseil général de la Corrèze a d'abord instruit les dossiers des GIR5-6 afin de ne pas dépasser le délai pour la réponse négative, le silence pouvant être considéré comme acceptation. Etrange paradoxe amplifié par la surcharge de travail de l'équipe médico-sociale chargée de l'évaluation du plan d'aide qui s'est trouvé submergée par les demandes des citoyens du département.

#### 1.2.3 Le maintien à domicile

Aujourd'hui, au terme de maintien à domicile, on lui préfère le terme soutien ; ainsi vont les mots peut-être pour permettre à ceux-ci de retrouver du sens, l'élan initial. Le mot soutien renvoie à l'appui, l'aide où l'usager est acteur de sa vie, avec la possibilité du libre choix, de rester ou pas à domicile. De plus, le soutien se fait à plusieurs et renvoie à la nécessité d'un réseau formel ou informel. Cela donne sens à l'évolution des politiques publiques et de la loi 2002-02 notamment.

Le développement des services d'aide aux personnes âgées à domicile a pour objectif premier de permettre à ces dernières de vivre chez elles le plus longtemps possible, même quand une aide extérieure est nécessaire.

L'aide apportée peut consister en des tâches ménagères, telles que le ménage, la lessive, le repassage, le raccommodage ou des tâches autres, telles que le jardinage, le cassage de bois, le bricolage, les courses, ou encore l'aide à la gestion et aux démarches administratives (mission des aides ménagères). Elle peut aussi consister en une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie comme la toilette, l'habillage, l'aide à la prise de médicaments, l'aide à l'élimination, ou encore en une aide aux déplacements, à l'extérieur comme à l'intérieur du logement (mission des auxiliaires de vie).

La prise en charge financière du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes est assurée essentiellement par l'APA. De plus, la solvabilité a en outre été favorisée en rendant les interventions éligibles aux réductions d'impôts dans le cadre des « emplois familiaux », l'exonération des charges patronales. De même, les caisses de retraite, dans le cadre de leur action sociale facultative, accordent une participation financière sous condition de ressources aux personnes âgées dont le niveau de dépendance n'ouvre pas droit à l'APA, il en est de même des départements qui au fitre de l'aide sociale légale financent des heures à des bénéficiaires du minimum vieillesse. En moyenne, le nombre d'heures d'aide hebdomadaire pour les personnes âgées aidées est d'un peu moins de 3 heures et celles-ci reçoivent 2 visites par semaine.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) quant à eux, se sont vu assigner par le décret n°81-448 du 8 mai 1981, une double mission, de prévention et d'alternative à l'hospitalisation: prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état de santé des personnes âgées, éviter ou retarder une hospitalisation lorsque les conditions médicales et sociales le permettent, faciliter un prompt retour à domicile d'une personne âgée, éviter ou retarder l'admission en section médicalisée ou en établissement de soins de longue durée.

Nous avons obtenu en 2006 le financement de 15 places de SSIAD sur le canton et j'ai détaché à mi-temps la secrétaire de mon établissement pour y tenir une permanence tous les après-midi de la semaine. Les aides soignantes effectuent 2 ou 3 rotations dans la journée et dépassent quotidiennement les cents kilomètres de déplacement. Après un an de fonctionnement, 5 places supplémentaires ont été sollicitées auprès de l'assurance maladie mais le financement n'est pas assuré pour le moment.

Les élus locaux et le conseil général, se saisissant de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983, complétant la loi n°83-3 du 7 janvier 1983, relative à la répartition des compétences entre

les communes, les départements, les régions et l'Etat, assurent des missions d'aide sociale. Dès 1984, le Département de la Corrèze a mis en place et aidé financièrement près de 14000.00 € par an - des Instances de Coordination Gérontologique installées dans chaque canton afin d'impulser, à l'échelle de proximité, des activité d'information, de coordination, d'animation (atelier mémoire. sorties culturelles. échanges intergénérationnels, etc...) et d'aide en faveur des personnes âgées au sein de chaque canton. Statutairement, les directeurs d'établissement pour personnes âgées sont membres de droit du bureau, ce qui donne un véritable rôle politique au directeur en collaboration avec les élus locaux, le conseil général et fait lien avec l'organisme gestionnaire.

Au fur et à mesure des années, les missions de ces instances se sont étoffées et ce bien avant que des textes viennent mettre en œuvre ce type de dispositif, je pense notamment à la circulaire du 15 mai 2001 généralisant les comités locaux d'information et de coordination au territoire national.

Ainsi, l'Instance de Coordination de Gérontologie du canton dont j'assure le secrétariat propose des services qui participent, sous l'initiative de la politique locale, au soutien à domicile. C'est d'abord un point d'accueil pour informer, orienter vers les services existants, aider dans les démarches administratives les retraités. 453 personnes ont été reçues au point information durant l'année 2006.

#### Ce sont aussi:

- le portage de repas élaboré par la cuisine centrale du centre hospitalier voisin qui concerne 18 foyers 3218 journées alimentaires ont été livrées en 2006.
- la prise en charge hors APA de la téléassistance ce qui représente 15 familles ; à noter que sur le canton, 37 personnes y sont abonnées.
- l'aide aux gros travaux (sciage du bois, bêchage de jardin)
- l'aide à l'amélioration de l'habitat sous certaines conditions de ressources. Une seule demande a été entérinée.
- L'aide administrative (fiche de paie, déclarations URSSAF)

Cette liste n'est pas exhaustive mais on remarque que toutes ces aides au soutien à domicile sont multiples voire complexes tant par leur financement, que les limites de leur action et leur cloisonnement. Face aux demandes de la personne âgée restant à domicile, il apparaît que chacun répond à sa spécificité professionnelle ce qui morcelle la personne âgée en différentes strates de besoins – physiologique, psychologique, matériel- et ne lui permet pas de se situer en personne entière, sujet de droits.

#### 1.2.4 L'accueil en structure d'hébergement :

J'occupe actuellement le poste de directeur de l'E.H.P.A.D « Résidence du Parc » depuis son ouverture le 1<sup>er</sup> novembre 1988, qui accueille 32 résidents <sup>14</sup> âgées de 70 ans à 101 ans (moyenne d'âge de 87.5 ans). Nous retrouvons les spécificités démographiques cantonales que j'ai soulignées précédemment :

- 80 % des résidents sont de sexe féminin,
- la tranche d'âge se distribue comme suit, 5 résidents ont moins de 80 ans, 16 ont entre 80 et 90 ans, 11 ont plus de 90 ans,
- 90% sont originaires du canton, 10% ont suivi leurs enfants retraités venus s'installer sur ce territoire.

La structure, née des lois de 1983 susnommées et renforcées par la loi du 6 janvier 1986 développant les compétences des communes en matière d'aide sociale facultative par l'entremise du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), répondait à la demande d'usagers à la suite d'une enquête conjointe faite par l'instance cantonale de gérontologie du canton et les services techniques du conseil général de la Corrèze.

Ainsi, l'établissement a été géré, pendant 18 ans, jusqu'au 31 décembre 2006 par le CCAS d'Eygurande.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'E.H.P.A.D est devenu un établissement public autonome avec un conseil d'administration représenté par tous les maires du canton et présidé par le président de la communauté de communes du pays d'Eygurande.

Ce changement de statut a été mis en place devant la désaffection ou l'impossibilité de recrutement de personnel qualifié, la Fonction Publique Territoriale n'étant pas du tout attractive quant aux niveaux des rémunérations et du régime indemnitaire et n'offrant aucune possibilité de formation diplômante, et notre positionnement géographique amplifiait ce phénomène. Notre démarche s'inscrivait dans un des objectifs de la convention tripartite pluriannuelle signée le 1<sup>er</sup> octobre 2002, à savoir prodiguer des soins et aides de qualité tout en assurant au personnel une meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne notamment au moyen de l'organisation générale du travail, des conditions de travail, de la présence d'un médecin coordonnateur, d'un soutien psychologique.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> La commission du dictionnaire de l'Académie Française préconise le terme « résident » au terme « résidant » en tant que substantif pour désigner une personne qui demeure dans un pays, une ville, une résidence, etc... Il est recommandé de dire « un résident de maison de retraite ». Bulletin du CODERPA du Tarn, 1997, n°50

La structure compte 20 salariés qui tous interviennent directement auprès de la personne âgée dans tous les actes de la vie quotidienne (lever, toilette, alimentation, animation, coucher). Ce sont :

- deux infirmières diplômées d'Etat,
- sept aides soignantes,
- une aide médico-psychologique,
- sept agents de service hospitalier qualifié,
- un médecin coordonnateur (0.25 emploi temps plein),
- un adjoint administratif (0.50 détaché au SSIAD),

S'y ajoute une intervention mensuelle de quatre heures d'un psychologue par vacation, les interventions à l'acte pour les médecins généralistes libéraux et les kinésithérapeutes.

L'objectif principal de l'établissement et de ses agents est de favoriser, de maintenir autant que faire se peut l'autonomie des personnes accueillies par un projet d'accompagnement individualisé (par exemple : petit déjeuner à la carte de 8 heures à 10 heures 30 pour respecter leur mode de vie) afin de les stimuler dans tous les actes ordinaires de la vie en s'adaptant aux besoins du nouvel arrivant, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état pathologique ainsi qu'à son âge.

De plus, l'établissement propose des actions contribuant au développement social et culturel par la mise en place de nombreux ateliers – lecture, peinture, tricot-, l'acquisition de jardins, les échanges inter générationnels.

Notre projet détablissement et de vie, écrits validés par les autorités de tarification en 1998, vise le respect et la dignité de la personne accueillie et le développement de pratiques fondées concrètement sur l'empathie. Nous avions ratifié dès 1993, la charte européenne des droits et libertés des personnes âgées en institution adoptée à Maastricht le 24 septembre 1993 par l'association européenne des directeurs des établissements pour personnes âgées E.D.E<sup>15</sup>.

Mesurer le degré de dépendance et/ou d'autonomie des personnes accueillies est capital pour établir un état des lieux précis sur la composition de la population que nous hébergeons.

-

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> European association for Directors of residential care homes for the Eldery

L'outil AGGIR, mis en place dans l'établissement depuis 1998, permet d'évaluer certains aspects de l'autonomie par une évaluation qualitative des activités de la personne âgée reposant sur trois éléments :

- un choix de variables (des variables « discriminantes » relatives aux actes essentiels de la vie et des variables « illustratives » relatives à la vie sociale et domestique),
- une méthode d'analyse basée sur l'observation des activités que la personne accomplit seule,
- des modalités qui permettent de graduer la perte d'autonomie (« fait seule, habituellement, totalement et correctement », « fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement », « ne fait pas »).

L'outil AGGIR sert aussi à une évaluation théorique des ressources nécessaires de la prise en charge en soins par jour et par personne pour l'ensemble de la population étudiée.

L'utilisation de la grille AGGIR a reçu valeur légale depuis 2001 (L232-2 CASF) et a été choisie parmi de nombreuses grilles. Une revue de Ecole Nationale de la Santé Publique en avait dénombrée 145<sup>16</sup>.

Le dernier calcul des GIR, entériné par les autorités de tarification pour le vote prévisionnel 2007 de l'EHPAD, élaboré par l'infirmière et validé par le médecin coordonnateur, donnait la photographie de la population accueillie suivante :

Groupes	Effectif	%	points
GIR 1	8	25.00	8000
GIR 2	12	37.50	10080
GIR 3	4	12.50	2640
GIR 4	7	21.88	2940
GIR 5	0	0.00	0
GIR 6	1	3.12	70
TOTAL	32	100.00	23730

Le GIR moyen pondéré – GMP- est l'indicateur de charge en soins de base pour la population étudiée. Il est calculé en divisant le nombre total de points par l'effectif de cette population. Elle s'élève à 742 pour 2007 ce qui correspond à une valeur moyenne théorique de 2 heures 36 minutes de soins de base par jour et par personne.

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Harmonisation des grilles de dépendance, Editions ENSP, 1984, actes du séminaire du4-6 juillet

En utilisant l'outil informatique GALAAD (Gérontologie : Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision) de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, on obtient le croisement de certaines variables discriminantes permettant de définir des populations dites particulières imposant une prise en charge souvent lourde ou difficile (soins, surveillance).

Le bilan GALAAD, en annexe 1, fait ressortir que :

- L'EHPAD Résidence du Parc se « sanitarise » car nous nous rapprochons du « girage » que l'on retrouve dans les unités de soins longue durée. Cela s'explique par notre projet d'établissement qui souhaite que l'accompagnement de fin de vie soit effectif en apportant un soutien psychologique et physique au malade lui-même (une convention de partenariat a été signée avec le service de soins palliatifs de la Corrèze du centre hospitalier de Tulle en juin 2002), un soutien moral aux familles mais aussi aux autres résidents qui sont très proches entre eux du fait du caractère familial de notre structure.

De plus, nous nous efforçons dans le cadre de notre démarche de soins de réduire au maximum les hospitalisations de nos résidents car nous en avons constaté les effets néfastes. Ainsi, depuis la médicalisation de notre structure en 1999, aucun de nos résidents n'est passé par le service de moyen séjour du centre hospitalier voisin.

- Nous constatons l'émergence sur la population accueillie, en raison de son vieillissement, des pathologies des troubles cognitifs de type Alzheimer ou apparentés qui constituent à l'heure actuelle une des sources majeures de la dépendance.
- 22 résidents soit 69% ont des troubles cognitifs sévères, 9 sont considérés ou susceptibles d'être des déments déambulants (un même résident peut se retrouver dans plusieurs catégories), 4 sont des « fugueurs » potentiels.

Cette évolution que nous avons constatée depuis cinq ans a été une de nos priorités : A savoir la recherche d'un accompagnement, plutôt qu'une prise en charge compte tenu de la péjoration du précédent terme, le mieux adaptée possible, lors de la signature de notre première convention tripartite. Nous avons ainsi obtenu en 2002 l'autorisation de recruter une infirmière, 2 aides soignantes et les vacations mensuelles d'un psychologue.

Il est intéressant aussi d'étudier la liste d'attente de notre établissement qui est particulièrement importante compte tenu de la capacité de celui-ci. Sur 52 demandes d'inscription au 1<sup>er</sup> janvier 2006 (étude demandée par la Direction départementale des Affaires sanitaires et Sociales de la Corrèze) :

 10 personnes ont été orientées vers des établissements plus proches du lieu du solliciteur (basse et moyenne Corrèze, autres départements limitrophes)

- 7 ont été dirigées, après examen du dossier médical par le médecin coordonnateur, vers des unités de soins longue durée pour des placements définitifs.
- 34 sont inscrites sur notre liste d'attente avec une moyenne d'âge de 83 ans, aucun n'est GIR5.6

Bien que nous privilégiions les demandes du canton, nous recevons de nombreuses demandes extérieures provenant du bassin d'Ussel ou de Tulle, et des départements limitrophes; ce sont des personnes âgées et/ou leurs familles qui souscrivent pleinement à notre projet institutionnel et au suivi individualisé du résident accueilli.

Le moment de l'entrée en établissement constitue une rupture dans la vie des personnes âgées qui y sont conduites. Ce moment particulier est crucial dans la façon dont ces personnes vont vivre leur institution.

Un quart des inscriptions puis des entrées émanent des personnes âgées elles-mêmes vivant seules à domicile, et généralement suivies par l'instance de gérontologie du canton (téléassistance, portage de repas, aide administrative, aide ménagère) et connaissant très bien l'établissement et les membres du personnel pour avoir visité un de leur pair ou participé à une animation. Elles ont fait le choix de quitter leur logement ou maison, peut être devenu inadapté, et ainsi rompre leur solitude et leur angoisse; Elles comptent trouver dans l'institution toute une gamme de services qui vont les décharger des soucis quotidiens.

Conformément à notre projet de vie, nous privilégions les visites de la personne future résidente avec sa famille dans nos locaux afin qu'elle puisse rencontrer ses futurs voisins et créer ainsi du lien, prévoir la place qu'elle disposera dans la salle à manger, connaître ses habitudes alimentaires et mode de vie. Visites qui seront multiples car il est difficile de prévoir la date d'entrée et la durée d'attente va de 6 mois à un an.

Ces personnes ont fait, font le deuil, assument la rupture de leur domicile même si elles y retournent de temps en temps, et s'adaptent généralement très rapidement à la vie de l'établissement. Elles continuent d'avoir des projets, des désirs de vie... même si la raison principale de l'entrée est liée à l'état de santé ou la perte d'autonomie.

Une entrée en structure d'hébergement librement réfléchie, choisie et consentie est le garant d'une bonne intégration et d'une participation effective du résident à la vie de l'établissement. D'ailleurs, dans leur commentaire, la chambre est leur « maison » (nous incitons les résidents à apporter des meubles personnels), leur « chez soi ».

Un autre indicateur comme facteur associé à la décision est la durée d'institutionnalisation et la durée moyenne de présence dans l'EHPAD est de 6.5 ans en 2006 (à noter que 6 résidents sont présents depuis plus de 10 ans, 2 depuis l'ouverture en 1988).

Ce sont les meilleurs vecteurs de communication pour l'image de marque de l'établissement, un « bouche à oreille » positif au delà du territoire cantonal, et il est gratifiant pour tout le personnel d'accompagner des résidents souriants, blagueurs...

Un quart des demandes proviennent des familles ou des voisins et la personne âgée ne fait qu'accompagner la démarche. Consciente de sa perte d'autonomie, elle reconnaît ne pouvoir rester seule chez elle, devenir un fardeau pour son environnement. Perte de la mémoire qui n'est pas sans risque, trouble du langage et de la motricité, confusion mentale, légère incontinence sont les manifestations de ce que l'on appelait jadis « démence sénile » perturbent le maintien à domicile. Elles peuvent encore rester chez elles mais l'on craint la catastrophe. Je dois tenir compte de la culpabilité de la famille qui a le sentiment d'abandonner son parent, et de celle de la personne âgée vis-à-vis de ses enfants.

Affichée dans l'entrée, la charte des droits et libertés de la personne dépendante stipule dans son article premier « la personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie », aussi, il m'apparaît primordial de prendre en compte la parole de la personne âgée. Même si elle est contradictoire – la personne qui exprime son désir dessine un paysage bien différent du discours rationalisé d'un directeur d'institution, je m'efforce de trouver une alternative à l'entrée en institution en rappelant que, conformément à la loi 2002.02 du 2 janvier 2002, la liberté de choix des prestations entre celles offertes au domicile ou dans l'établissement est fondamentale et j'essaie de redonner à la personne âgée un certain degré de contrôle sur sa propre existence.

Il arrive parfois que je réussisse à maintenir à domicile un solliciteur mais cela implique le consentement et le soutien de la famille en sachant que la personne âgée reste inscrite sur ma liste d'attente. Chose bien plus rare, le retour à domicile après un passage en institution, qui en 18 ans de parcours professionnel, ne s'est faite que 3 fois mais avec succès.

La dernière moitié sont des demandes qui se font dans l'urgence, qui émanent des services sociaux du centre hospitalier voisin ou de secteur après une sortie d'hospitalisation mal préparée, phénomène amplifié par la mise en place dans les hôpitaux de la tarification à l'activité – la T2A.

Imposée depuis le f<sup>er</sup> janvier 2004, la T2A est une réforme de la rémunération des établissements publics et privés, désormais payés au «coût par pathologie », c'est-à-dire avec une enveloppe par patient en fonction de sa maladie. C'est un outil d'évaluation qui doit s'attacher à refléter les besoins sanitaires nécessaires. «C'est un instrument d'économie qui se développe au sein de l'enveloppe fermée de l'Objectif National de

Dépenses d'Assurance Maladie. Il permet de calculer le prix de revient du malade, de contrôler qu'il ne coûte pas plus cher que le forfait alloué et de choisir les patients plus rentables pour le service. A aucun moment, les hôpitaux ne risquent de se battre pour s'arracher les vieux malades avec leurs polypathologies, les malades chroniques »<sup>17</sup>

Comment concilier une institutionnalisation brutale et définitive avec les droits fondamentaux de cette personne comme définis par la loi 2002.02 ? Il n'y a plus rupture de vie mais cassure et il est douloureux pour le personnel de voir une personne se fermer au monde, sombrer dans un mutisme (comme le définit Bernadette Puijalon « le mutisme n'est pas le silence ; cela ne veut pas dire q'il n'y a pas de signification, mais elle est autre : Protestation passive, forme de résistance, manière de dire son désaccord)<sup>18</sup>, plonger dans un syndrome de glissement.

Qui plus est, les établissements anciennement séparés entre unité de soins longue durée (USLD) et en maisons de retraite (MDR) plus ou moins médicalisées ont été fusionnés dans le cadre unique des EHPAD en 1999. Cette modification a contribué à l'accroissement de la médicalisation des maisons de retraite (les besoins des GIR 1-2 relevaient auparavant des unités de soins longue durée), à l'augmentation de la moyenne d'âge en croissance continue, la prise en compte d'handicaps physiques et psychiques de plus en plus lourds.

D'ailleurs, pour le renouvellement de la convention tripartite en 2007, nous allons utiliser le modèle « PATHOS » qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des pathologies sur les résidents accueillis à un moment donné pour la mise en place de plan d'aides et de soins personnalisés (tout comme le modèle AGGIR pour la dépendance) et source de financement des structures. A partir d'un thésaurus de 50 états pathologiques représentant 98% des situations cliniques rencontrées en gériatrie sont caractérisés 12 profils de soins (de S0, absence de toute surveillance ou de traitement à T1 pronostic vital en jeu au quotidien). Cet outil «incontournable » doit permettre de déterminer, entre autre, les inadéquations entre patients et lits concernant les personnes âgées.<sup>19</sup>

Enfin, attitude que je rencontre de plus en plus souvent, le solliciteur se moque bien du projet institutionnel, de l'éthique de la « maison », du consentement éclairé, il est

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> FERNADEZ, PONS, PREDALI, SOUBEYRAND, On tue les vieux, Fayard, 2006, p 88.89

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> PUIJALON B, opus cité, p 6

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> DUCOUDRAY JM, co-fondateur de la grille Pathos, *Pathos un outil incontournable*, Lettre de l'AD-PA, juin 2007, p 3

particulièrement regardant sur le prix de journée (pourquoi s'inscrire en unité de soins longue durée alors que le coût d'hébergement en MDR est moindre avec des prestations quasiment similaires ?), mais l'important c'est le besoin de place... Quitte à interpeller les politiques – conseillers généraux, député ou sénateur- pour appuyer la demande!

La loi 2002.02 du 2 janvier 2002 stipule pourtant, dans son article 7, alinéa 5 et 6, « l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge » et « une information sur ses droits fondamentaux et les protections légales et contractuelles, ainsi que sur les voies de recours ». De même, l'article 3 de l'annexe de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionné à l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles, rappelle que la personne bénéficiaire a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés. Pour donner un consentement éclairé, l'usager doit être informé. Les moyens d'information prévus par la loi sont nombreux (livret d'accueil accompagné de la charte, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, la possibilité de faire appel à une personne qualifiée).

#### 1.3 Une inadéquation des services aboutissant à des ruptures de vie

A titre d'illustration, je vais présenter Albert et Suzanne qui sont âgés respectivement de 82 et 84 ans. Ils vivent seuls à domicile, avec le soutien d'une femme de ménage quelques heures par semaine. Bien sûr, ils ont quelques déficits qui sont apparus au cours des années, des problèmes respiratoires pour lui, une légère démence pour elle. En somme, ils se sont toujours adaptés en utilisant ces petites choses qui font que l'on peut rester à domicile (quelques séances de kinésithérapie, visite mensuelle du médecin, soutien familial pour les courses hebdomadaires) et compenser les restrictions qui surviennent au quotidien. Ils sont en bons termes avec les voisins des villages environnants, reçoivent la visite des petits-enfants et ont un fils qui réside dans le village les week-ends généralement. En somme, ce couple sympathique et plein d'humour est l'archétype du bien vieillir.

Le problème est qu'un jour d'été, Suzanne fait une chute lors d'une promenade avec Albert, qui la relève; cette dernière n'a pas fait de malaise et ne se plaint pas trop. Comme l'on est vendredi soir, Albert alite son épouse afin d'avoir l'avis de son fils qui doit rentrer dans la nuit. Le lendemain matin, Suzanne ne peut plus se relever, hurle dès qu'on la touche et doit être emmenée à l'hôpital. Là, le diagnostic tombe : fracture du col du fémur et de l'épaule. Une hospitalisation brève s'impose. Par malchance, Albert qui se

rend tous les jours à l'hôpital pour visiter son épouse s'épuise et fait un petit problème cardiaque qui nécessite de l'oxygénothérapie à domicile. Malgré son rétablissement rapide, Suzanne conserve un problème d'incontinence et son moral est très bas car elle se rend compte que le retour à domicile devient très difficile, d'autant que l'hôpital ne peut la garder plus longtemps faute de place – les moyens séjours étant complets.

Le fils, ne pouvant les accueillir, me contacte pour un hébergement mais l'établissement est complet et ses parents ne sont pas inscrits sur la liste d'attente. En cette période de vacances, je mets en place l'APA d'urgence pour Albert à domicile (portage de repas, téléassistance, heures d'aide ménagère) et trouve une place – souhaitons-le temporairement - en USLD pour Suzanne.

Cette histoire me paraît intéressante pour plusieurs raisons : une somme de ruptures, une inadéquation entre des besoins et leurs réponses qui ont abouti à une situation et des décisions qui se sont faites dans l'urgence.

Une chute a provoqué un bouleversement de vie autant pour Suzanne qu'Albert. D'un profil d'octogénaires alertes et dynamiques, la chute inaugure une rupture, c'est-à-dire un impossible retour à la vie antérieure. Tout est touché : la gestion du quotidien, l'espace familier, les relations interpersonnelles, et, surtout, l'image de soi.

Au regard du concept de rupture, cette histoire emprunte deux voies : « une option biographique, comme impossibilité de liaison entre un avant et un après. Mais elle est aussi définie par un autre niveau de rupture entre le désiré et le refusé. »<sup>20</sup>

Malgré les nombreux services de soutien à domicile constitués d'une mosaïque de prestations, d'intervenants, de financeurs, on constate sur ce canton des dysfonctionnements dans une prise en charge globale de la personne âgée accompagnée par un manque de coordination des différents acteurs, l'absence de services innovants qui entraîne trop souvent une institutionnalisation forcée.

Créateurs de lien social, nous sommes victimes de « déliaison » administrative alors que sommes sensés accompagner la « déliaison » de la personne âgée dépendante.

Pour conclure ce chapitre, je rappellerai que mon objectif, partagé par mon conseil d'administration dont la moitié est représentée par les maires du canton, outre l'offre d'une véritable qualité de vie des personnes hébergées, est une participation active à un meilleur maintien à domicile.

-

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> FROMAGE B, *Temps de mort, la mort à vivre*, colloque FNADEPA, Besançon 1<sup>er</sup> juin 2007

Ceci ne peut exister qu'à partir d'un réseau local des différents partenaires du maintien à domicile pour un soutien logistique efficace, au plus près des usagers. Le rapport « Personnes Agées dépendantes : Bâtir le scénario du libre choix » rappelle le nécessaire déploiement d'une offre diversifiée sur les initiatives d'acteurs polyvalents pour une prise en charge complète sur des territoires de proximité où l'EHPAD Résidence du parc pourrait être « une plate-forme de services »<sup>21</sup>

Nous avons essayé de montrer que, malgré les services existants, il survient des « ratés » entre les demandes et les réponses proposées. Il s'avère donc indispensable de tenir compte de ces ressources qui oeuvrent à l'échelon de ce canton ; non pas pour se substituer à elles, mais pour les rendre plus visibles et provoquer ainsi un changement de regard sur les personnes vieillissantes.

Je vais donc m'intéresser dans ce prochain chapitre à des causes explicatives à la non réponse des besoins aboutissant à des situations d'urgence avant d'aborder mon projet.

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Centre d'analyse stratégique : Synthèse du rapport « Personnes âgées dépendantes : Bâtir le scénario du libre choix » conduite par Stéphane Le Bouler, 2006, p 2

# 2 Des prises en charge inadaptées créant des situations d'urgence sur le canton

Mon expérience dans le monde gérontologique amène à une double réflexion: La première est l'impression rassurante que certaines connaissances me permettent de me sentir moins désemparé face à la personne âgée. La seconde qui en découle est moins agréable, dans le sens ou l'on mesure mieux l'étendue de ce qu'il reste à faire pour prendre correctement en charge cette personne âgée à domicile ou en institution. Il s'agit là d'un constat amer de carences qu'il n'est pas facile d'admettre après 18 ans d'exercice.

Le plan Solidarité – Grand Âge propose un grand axe « inventer la maison de retraite de demain » afin d'éviter les ruptures de prise en charge entre domicile et maison de retraite, choc qui peut accélérer la perte d'autonomie, même quand l'entrée n'a pas été provoquée par un motif de santé.

Nous savons bien que l'entrée en institution est un moment crucial ; elle peut prendre différentes formes mais elle est presque toujours compliquée. La personne âgée vit une crise narcissique, son estime de soi se trouve bouleversée par des expériences parfois humiliantes. Ces expériences peuvent être l'incontinence urinaire, ou simplement le fait d'avoir un univers intime qui ne lui appartient plus, le fait de devoir renoncer à son espace, de faire le deuil de son passé. « Qu'est-ce que le deuil ? C'est une réaction à une perte. Et qu'est-ce qu'une perte ? C'est tout ce qui, de son point de vue, est important. Cela peut être des personnes, des non personnes, des moments de l'histoire, des rôles qu'ils jouent, des habitudes, des objets, etc. Ce sont parfois des choses parfois insignifiantes, un chat par exemple. »<sup>22</sup> Le mode d'entrée qualifie la suite et la bonne intégration dans l'institution. On est dans le registre de la relation, relation entre des personnes étrangères, qui a pour cadre un établissement, qui est codifiée par des politiques sociales, soutenue financièrement par la collectivité nationale et départementale, et comme je le précisais dans mes constats, de plus en plus vue comme contraignante, imposée par les circonstances.

Je crois que notre gageure est de concilier le sujet de droits avec son pouvoir de contradiction qu'est le résident qui s'oppose à un registre institutionnel trop ordonné et rationnel. L'action sociale vieillesse s'inscrit dans l'organisation prédéterminée de programmes, construits à partir de multiples situations, cherchant à dégager des constantes et à les traduire en normes d'actions globalisées en privilégiant le quantitatif. Elles ne souffrent aucune improvisation et redoutent les aléas. La personne âgée doit

\_

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> FROMAGE B, opus cit

entrer dans ce «prêt-à-soigner ». Mais les aînés expriment leur désir du sur mesure, le souhait de voir reconnu leur spécificité et singularité.

C'est l'un des axes de la loi 2002.02 qui place l'usager « au cœur du dispositif » et qui se traduit par la mise en place de documents tels que le contrat de séjour, le livret d'accueil, le conseil de la vie sociale et le projet d'établissement. Les auteurs de la loi rappellent que « l'usager sujet n'appartient pas à l'établissement, c'est un usager en soi à partir duquel l'établissement se réinvente ». Ainsi, le décret n°2004.1274 du 26 novembre 2004 rappelle que «le contrat de séjour est élaboré avec la participation de la personne accueillie. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ». Si la loi a placé l'usager « au cœur du dispositif », il n'est cependant pas forcément au centre des préoccupations des aidants et des soignants. De même, que dire de l'usager acteur lorsqu'il est dément, et qu'il subit des plans d'aide et d'accompagnement proposés par les professionnels.

J'ai longuement réfléchi lors de la parution de cette loi sur le sens d'accompagnement. Dans l'action sociale, cela renvoie à la définition fréquemment reconnue « l'accompagnement consiste à se faire aider de manière personnalisée dans la gestion d'une situation délicate. ». Cette définition contre les dérives contenues dans les termes prise en charge, assistance, soin qui sous entendent en effet une relation inégalitaire d'aidant à aidé, d'assistant à assisté, de soignant à soigné, bref une relation de dépendance. Il se pose toujours la question de la bonne distance dans une relation d'aide. Accompagner signifie en vieux français « prendre pour compagnon » notamment pour faire un déplacement en commun. Cela renvoie à deux notions :

- notion de mouvement, accompagner c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va, c'est accepter pour le professionnel de se transformer, d'être transformé, d'être touché au plus profond de soi, accepter que la faiblesse nourrisse la force, la vieillesse la jeunesse.
- Notion d'échange. Dans la prise en charge, l'un donne et l'autre reçoit, c'est clairement une relation inégalitaire. Dans la logique maussienne<sup>24</sup>, il faut le contre don, celui de rendre qui rétablit l'égalité et crée ainsi du lien et de l'échange. Celui qui vieillit apprend à celui qui l'accompagne dans le registre de sa philosophie de

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Dictionnaire le Grand Robert Historique, 1992, p 12

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> CAILLE A, *la revue du MAUSS*, 1991

vie et aussi de son propre vieillissement. L'accompagnant peut donner des pistes possibles, des clefs de compréhension, et surtout veiller à fournir le cadre de vie le plus porteur possible pour vivre son avancée en âge. Il est plus difficile de donner que de recevoir.

Alors que nous partageons tous ces valeurs communes, pourquoi arrivons-nous alors à des ruptures dans l'accompagnement des personnes âgées entre le domicile et l'EHPAD ?

#### 2.1 Les limites du maintien à domicile

#### 2.1.1 Une aggravation de la dépendance

Comme je le rappelais dans ma première partie, la grille AGGIR définit en France depuis 1997 le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées donnant droit à compensation via l'APA. La responsabilité de conduire cette évaluation est confiée à des équipes médico-sociales, chargées d'élaborer un plan d'aide dont le montant est fonction du classement en GIR. Comme nous le constatons, l'APA a les caractéristiques d'une prestation de sécurité sociale : elle est universelle, son barème et ses modalités d'attribution sont fixés au niveau national. Depuis 2004 et la création de la contribution de solidarité pour l'autonomie, elle est en partie financée par une recette qui s'apparente à une cotisation sociale. L'idée d'un cinquième risque de sécurité sociale m'apparaît de plus en plus actuel au regard des projections démographiques qui aissent supposer une croissance de l'ordre de 1% par an du nombre de personnes dépendantes. Cette croissance devait connaître deux accélérations entre 2005 et 2020 (la fin des générations creuses de la première guerre mondiale) et entre 2030 et 2040 (l'arrivée des générations du baby boom nées entre 1946 et 1965)<sup>25</sup>.

Depuis la seconde moitié des années quatre vingt dix, les pouvoirs publics ont commencé à prendre la mesure des défis liés au vieillissement. Le plan vieillissement et solidarité programmé en 2003 sur 4 ans ont conduit à la création et au financement de 10000 places en EHPAD, 10000 places en service de soins à domicile, et plus de 4000 places en accueil de jour et 2250 en hébergement temporaire.

La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 et la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, a instauré la journée de solidarité qui contribue à la pérennité du financement de l'APA Cette solidarité nationale a suscité bon nombre de débats par le

-

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Résumé du Rapport GISSEROT, www.personnesagees.gouv.fr/

choix de financement (ainsi l'augmentation de la contribution de solidarité généralisée avait été envisagée).

Le plan solidarité - grand âge prévoit une augmentation de 2.3 milliards d'euros des crédits que l'assurance maladie consacre aux personnes âgées à l'issue d'une montée en charge progressive sur 5 ans. Il vise le doublement d'ici 5 ans les places d'hospitalisation à domicile, la création de nouvelles places de SSIAD avec la revalorisation des tarifs des services de soins infirmiers pour prendre en compte la réalisation d'actes infirmiers complexes, l'adaptation des logements, la création de places en établissement, l'augmentation des ratios de professionnels travaillant auprès des résidents afin de mieux prendre en compte l'évolution de la dépendance des résidents et de l'évolution de la charge en soins en santé.

Le vieillissement - et donc l'âge - joue un rôle d'accélérateur du processus de dépendance. Le schéma départemental de gérontologie de la Corrèze (2004-2008) souligne, à partir de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) réalisée par l'INSEE, que le nombre de personne âgée dépendante (personne dont le GIR se situe entre 1 et 4) du département, sur la période 2000-2020, augmenterait de 16% selon le scénario le plus optimiste, 32% pour le plus pessimiste.

Toutefois, ces scénarios ne prennent pas en compte l'évolution des techniques médicales et des politiques de préventions (dépistage de certaines pathologies) qui peuvent conduire à améliorer ou réduire la moyenne de vie en dépendance. Il est à noter qu'en France, on privilégie le curatif au préventif : Nous l'avons constaté cruellement durant l'été 2003 avec les conséquences de la canicule.

Il est intéressant de se tourner vers le modèle québécois (le Québec se placera parmi les cinq pays les plus vieux du monde d'ici 2040) qui a imaginé, dès 2000, des solutions pour répondre aux besoins de soins et de services des personnes âgées, et en premier lieu, la prévention en développant des initiatives pour réduire la dépendance des personnes âgées aux plans biologiques, psychologiques, et du logement notamment. Cela se traduit par la promotion de la santé avec un slogan « 0,5,30 »<sup>26</sup> (0 tabac, 5 fruits et légumes , 30 minutes d'exercice par jour) et le dépistage précoce des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Faire de la prévention, c'est réduire le passage aux urgences, moins d'hospitalisation en aval, une institutionnalisation mieux préparée.

Le programme national « bien vieillir » du ministère de la santé n'a pas adopté le slogan québécois mais il en est très proche.

-

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Chorus n°82, Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, juillet 2007,p 12

Au Royaume-Uni, le rapport Wanless (2006) a passé en revue les déterminants sanitaires de la dépendance des personnes âgées qui aboutissent aux résultats suivant par pathologies<sup>27</sup>:

Affection	Augmente le risque de dépendance
Accident vasculaire cérébral	oui
Pathologies vasculaires périphériques	non
Pathologies coronariennes	oui
Hypertension (si traitée)	non
Pathologies rhumatismales	oui
Diabètes (si traités)	non
Obstructions chroniques voies respiratoires	oui
Maladie de Parkinson	oui
Problèmes d'audition	non
Problèmes de vue	oui
Déficiences cognitives moyennes	oui
Déficiences cognitives importantes	oui

D'autres facteurs comportementaux peuvent intervenir sur le processus de la dépendance tels que la consommation de tabac, d'alcool, la nutrition ou les activités sociales.

Il me semble intéressant de croiser l'évolution médicale de certaines de ces pathologies avec la prévention de la dépendance, au regard de la population cantonale et des remarques de mon médecin coordonnateur :

- Les accidents vasculaires cérébraux : Il y a eu d'énormes progrès face à la mortalité associée aux pathologies cérébrovasculaires par un contrôle accru des risques d'hypertension et le développement de traitements préventifs efficaces (statines, anticoagulants, aspirine...). Toutefois, cela entraîne un accroissement de la dépendance de la personne qui survit à un accident vasculaire. C'est la première cause médicale d'institutionnalisation.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Idem, p 15

- Les pathologies coronariennes : Les progrès des traitements ainsi que de la chirurgie pour les symptômes aigus, la réduction de la consommation de l'alcool et du tabac devrait dans les années qui viennent réduire l'incidence de ces pathologies sur la dépendance.
- Les pathologies rhumatismales : S'il y a un progrès certain dans le diagnostic plus précoce du risque, la croissance constante de l'indice de masse corporelle des français et du risque d'obésité qui en découle pourrait avoir un impact très défavorable sur la dépendance.
- les démences : La dépendance d'origine psychique représente une part majeure de la dépendance. La démence se traduit par un affaissement psychique, global et progressif dû à une affection organique du système nerveux central où toutes les fonctions sont atteintes. Il existe différents types de démences mais la plus connue est la maladie d'Alzheimer. Aujourd'hui, dans l'établissement, sur les 22 résidents ayant des troubles cognitifs (cf page 17), 7 ont été diagnostiqués, par un gériatre, atteints de la maladie d'Alzheimer avec un traitement moléculaire spécifique.

La médecine réparatrice, ici, n'a pas pour l'instant de rôle à jouer. Il s'agit de faire face non pas à un corps malade mais à une personne bousculée, déstabilisée. Une fois accompli le deuil de la toute puissance de la guérison, on peut se risquer à emprunter les voies escarpées de l'accompagnement.

Tâche ardue en établissement où notre projet de vie consiste à assurer une prise en charge la mieux adaptée possible par du personnel qualifié, formé, en nombre suffisant où les droits fondamentaux sont préservés pour la personne accueillie. D'ailleurs, l'infirmière coordonnatrice de l'établissement fait partie depuis 2001 d'une commission de travail de la Fondation Médéric Alzheimer afin de partager son expérience vécue dans une petite structure familiale, avec les innovations et les expérimentations concluantes. Il ne faut pas oublier le fardeau des aidants professionnels — souvent par manque de moyens - et la nécessité de leur apporter de l'aide. C'est une des raisons qui a motivé ma démarche auprès des autorités de tarification afin de financer des vacations de psychologue pour que l'équipe pluridisciplinaire puisse exprimer son émotion, trouver des pistes nouvelles pour mieux soigner et accompagner, éviter les phénomènes de maltraitance.

Tâche encore plus difficile à domicile où les aidants dits naturels et souvent commis d'office sont confrontés à une charge physique, psychologique, émotionnelle et financière, et se trouvent contraints de réorganiser leur temps de vie professionnelle et d'aménager leur vie personnelle, devant souvent faire le sacrifice de leurs propres projets parfois même au péril de leur équilibre physique et psychique. « Mon père s'est égaré dans cette

maladie comme en pays inconnu. Nous ne pouvions ni communiquer avec lui, ni le rejoindre... Comment vivre cette douleur, cette puissance intolérable sans crier ? »<sup>28</sup>

Comme nous l'avons vu, nous allons connaître une aggravation de la dépendance des personnes âgées que le soutien à domicile maintient le plus longtemps possible dans son environnement. Trois personnes âgées de plus de 60 ans sur quatre subissent en effet une déficience. Parmi elles, une sur trois a besoin d'une aide technique et presque tout autant d'une aide humaine. Mais, donnons-nous tous les moyens financiers et humains pour un maintien à domicile réussi ?

Les évolutions des coûts en matière de dépendance vont s'inscrire dans un contexte général de tensions sur les branches de sécurité sociale qui sera peu favorable à de nouvelles hausses de prélèvements. Ce choix renvoie au nécessaire débat démocratique sur le niveau souhaité de dépenses publiques allouées à la prise en charge de ce risque. Compte tenu de l'architecture de notre système de financement, les conseils généraux pourront-ils supporter les dépassements quand on sait que l'attribution des aides par GIR est mal ajusté aux besoins réels des personnes - notamment pour les personnes qui ont besoin d'aide permanente et pour les dépendants psychiques- et que l'aide sociale représente déjà plus de la moitié des dépenses de fonctionnement des départements ?

L'âge est aussi une source de discrimination pour la compensation de la dépendance. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit le handicap sans critère d'âge : «La personne handicapée a droit à compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, **son âge** ou son mode de vie (article 11) ». Or, les différences de traitement selon qu'une personne connaît un handicap avant ou après 60 ans sont notables. Par exemple, le plan d'aide de l'APA et les prestations qui en découlent sont plafonnés selon le GIR et son montant est modulé selon les ressources de la personne, alors que le plan d'aide est plus libre dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap dont le montant n'est pas plafonné globalement mais défini par nature et quantité des aides attribuées (aide humaine, technique, animalière) auxquelles sont appliqués des barèmes tarifaires, la prise en compte des ressources étant plus souple. D'ailleurs, on retrouve cette distinction en établissement par les mécanismes d'aide sociale moins favorable aux personnes âgées tant au niveau de

\_

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> BILLET M.F, *Mon père en Alzheimer*, Les Arènes,2000, p.26

l'argent de poche (62 € par mois au lieu de 186 €), l'obligation alimentaire ou la récupération sur succession.

Notre société a une représentation sociale négative de la vieillesse. De la victoire remportée sur l'adversité, pour laquelle toutes les générations antérieures ont lutté, nous avons fait du vieillissement un problème que nous ne savons plus résoudre. A cet égard. une enquête de la DREES<sup>29</sup> (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) montrait qu'une grande majorité de français (74%) considérait que c'est aux pouvoirs publics – Etat et collectivités- de prendre en charge les personnes handicapées, contre seulement une courte majorité (56%) pour les personnes âgées dépendantes pour lesquelles une plus grande proportion de français trouve légitime de solliciter les familles (22% contre 9%). Cela s'explique en partie par le fait que la dépendance se distingue des autres handicaps en ce qu'elle constitue un risque prévisible, auquel il est possible de se préparer individuellement. Les assureurs ont bien compris tout l'intérêt de ce marché et développent depuis le début des années 1990 une gamme de contrats visant à couvrir le risque dépendance via des rentes. Ces produits actuellement proposés ont encore une diffusion limitée et l'accroissement de la dépendance risque de renchérir le niveau de cotisations. Cela interroge sur l'avenir de la prise en charge de la dépendance et du risque d'une privatisation qui laisserait sur le bord du chemin les personnes âgées aux revenus les plus modestes. Je pense en particulier sur notre canton aux retraités agricoles et aux anciens commerçants et artisans.

Enfin, et ce n'est pas négligeable, de nombreuses personnes ne sollicitent pas le bénéfice de l'APA soit par manque d'information ou volontairement. Le recours à cette prestation peut être vécu comme la reconnaissance de l'entrée dans la dépendance et cette position d'assistance est refusée ou déniée. De plus, cela peut bouleverser certaines habitudes par le changement de personnel instauré par le nouveau plan d'aide qu'il soit professionnel ou intervenant informel.

#### 2.1.2 La raréfaction des aidants

Bien que notre canton connaisse encore une solidarité intergénérationnelle, force est de constater la réduction constante des aidants naturels et leur vieillissement. D'après une étude de la DREES<sup>30</sup> « les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées », 68% des bénéficiaires de cette allocation reçoivent une aide mixte provenant à la fois de leur entourage et des professionnels, 7% ne bénéficient que d'une aide de l'entourage constitué pour les trois quart de la tranche d'âge des 50-75 ans. A partir de 2010, le

<sup>29</sup> DREES, *Etudes, document de travail n°16*, juillet 2001

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> DREES, Etudes et résultats n°146, janvier 2006

nombre des personnes dépendantes continuera à augmenter alors que le nombre des aidants naturels baissera.

Cette raréfaction peut s'expliquer par :

- la croissance de l'emploi des femmes des générations postérieures au baby boom vers des bassins d'emploi éloignés du domicile ;
- l'allongement de l'âge de la fécondité des femmes qui conduira mécaniquement à une plus faible disponibilité ;
- l'éclatement des familles qui a entraîné un système mononucléaire parental et l'individualisation. D'ailleurs, l'enquête DREES précédemment citée note que les préférences des ménages évoluent vers davantage d'autonomie intra-familiale : Alors que 20% des français pensaient en 2000 que la prise en charge de la dépendance relevait de la famille, ils ne sont plus que 16% en mai 2005.
- La taille des logements qui sont devenus plus petits et ne permettent plus une cohabitation.

La famille est souvent la première réponse aux besoins des personnes dépendantes surtout dans notre région chez qui la culture familiale et les liens entre générations sont forts, se trouvant généralement à proximité de la personne à aider. D'ailleurs, les interventions publiques ne se substituent pas, comme on le croit parfois, à celle de la famille mais viennent la compléter : Pour plus de huit bénéficiaires sur dix la mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de l'intervention des proches. Il se pose alors avec acuité la question des politiques à conduire pour permettre aux membres de la famille de concilier le soutien à un proche dépendant avec leurs activités professionnelles ou avec la nécessité de préserver leur propre état de santé.

L'orientation 4.3 du Schéma départemental de gérontologie de la Corrèze (2004-2008) a pour objectif de soutenir les aidants familiaux notamment:

- par la mise en place de groupes de parole. Je participe régulièrement à l'invitation de la Mutualité Sociale Agricole de la Corrèze à des réunions pour partager avec les familles leurs expériences sur des thèmes prédéfinis telles que prévenir la maltraitance, la nutrition et l'hydratation...
- Par la création de modes d'accueil diversifiés pour une prise en charge temporaire de la personne âgée afin de soulager l'aidant familial. J'en parlerai ultérieurement dans la troisième partie sur mon projet de direction.
- Par le besoin d'une aide psychologique fortement ressentie toute l'année voire 24 heures sur 24. Depuis le f<sup>er</sup> janvier 2006, le Conseil Général de la Corrèze propose pour les personnes âgées un numéro vert (0 800 00 19 19) disponible tous les jours, 24h/24. Après un an de mise en service, on constate une faible utilisation de ce service qui a cependant le mérite d'exister.

La politique gérontologique a fait redécouvrir l'existence des réseaux socio-familiaux que l'on oppose volontiers à l'aide professionnelle. Cela a permis de faire émerger le travail invisible fourni par les familles et par les femmes en particulier. Toutefois, malgré la gratification qu'elle peut apporter à l'aidant, dans ce confinement du lien, la relation d'aide finit toujours par générer, surtout si le temps se prolonge, une situation de stress et d'épuisement. Les conséquences peuvent être diverses allant de la dépression, une diminution de l'efficacité, à des tensions familiales et parfois même à la maltraitance. Sous l'effet d'une tension durable et non prise en compte, le placement en institution peut s'avérer la seule issue. J'ai rencontré une famille qui a inscrit sa mère sur la liste d'attente de mon établissement, et une fois cette personne installée, m'avoir avoué qu'elle avait mis en péril le couple, le divorce ayant été envisagé. Cela interpelle sur les carences de l'accompagnement qu'il faut absolument repenser au niveau de ce territoire.

Il faut noter l'importance du médecin généraliste que son rôle place au cœur de l'histoire familiale et en fait le premier acteur social en jouant un rôle d'interface avec ceux qui peuvent intervenir au domicile pour aider l'aidant voire préparer sereinement une institutionnalisation.

Le Professeur Cohen considère qu'un médecin averti peut aider les membres de la famille à harmoniser un plan de soin et d'aide, à combattre l'incertitude, le sentiment d'abandon et de désespoir<sup>31</sup>. Pour cela, il liste des points à vérifier pour apprécier la réalité clinique de la famille :

- le degré d'organisation ou de désorganisation de la famille
- la sévérité du déficit fonctionnel ou cognitif du patient
- l'état du couple et la dynamique conjugale
- l'existence de maladie grave ou de handicap chez un membre de la famille, y compris les enfants
- la nature des modes de communications familiaux

Mais que peut faire un médecin de ville, qui outre ses patients, s'occupe d'un EHPAD en qualité de médecin coordonnateur, et cumule la fonction de médecin capitaine du centre de secours d'Eygurande ?

En ce qui concerne les aidants formels – les professionnels qui participent au soutien à domicile de la personne âgée dépendante, la mise en place de l'APA a mis en évidence un manque crucial d'aides à domicile et cette pénurie induit des difficultés de prise en

.

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> COHEN D, Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action, Serdi, 2002, p 54,55

charge, et il est très difficile de susciter des vocations pour ces métiers peu attractifs au regard des rémunérations et souvent à temps non complet.

L'orientation 3.2 du schéma départemental gérontologique a pour objectif de promouvoir les métiers de l'aide à domicile et développer la formation. Dès 2004, un pôle de réflexion et de mise en œuvre opérationnelle de formations qualifiantes a été mis en place avec des organismes de formation, ainsi qu'une mobilisation des personnes en recherche d'emploi vers ces métiers avec notamment la validation des acquis de l'expérience professionnelle. Il est à noter cependant que lors du premier schéma (1998-2003), le projet de formation des aides à domicile mandataires avait été un échec (problème du financement des remplacements vis-à-vis des personnes âgées qui devaient faire l'avance de paiement, personnels peu qualifiés souvent en échec qui étaient très réticents pour suivre de la formation, impossibilité de délocaliser les formations sur les cantons). L'évaluation du second schéma n'a pas encore été faite pour l'heure par l'observatoire départemental de gérontologie.

En ce qui concerne la place des soins infirmiers, prépondérants dans la réponse aux besoins de la population âgée la plus dépendante, le nombre de places en SSIAD ne suffit pas pour répondre aux besoins en sachant que leur périmètre d'intervention serait à redéfinir. Ainsi, le SSIAD d'Eygurande prend en charge deux personnes sur des communes limitrophes du canton qui répondent du SSIAD d'Ussel mais qui n'intervient pas compte tenu des distances kilométriques, préférant se concentrer sur l'urbain. Or, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et .Sociales de la Corrèze nous a informé qu'aucun financement supplémentaire serait octroyé en 2007. En outre, le nombre d'infirmiers libéraux est en baisse sur notre canton.

## 2.1.3 Les oubliés de l'APA, les personnes âgées en situation de fragilité

Une nouvelle notion est utilisée de plus en plus souvent pour qualifier le vieillissement de certaines personnes âgées, on parle de « personnes âgées fragiles », vieillissement qui se situerait entre la dépendance et le vieillissement réussi lorsque les sujets âgés sont en pleine forme. Le secrétaire d'Etat aux personnes âgées a publié en 2002, un programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles (2002-2005) : « on assiste au développement de pathologies liés à l'âge (...) à haut risque de décompensation et d'évolution péjorative (...) Il s'agit de patients âgées dit *fragiles* (p.3) ». Au terme fragilité, je préfère employer le terme en situation de fragilité : En effet, tout être humain est fragile – quelqu'un qui peut se briser au sens étymologique - et il est vrai que notre société actuelle semble vouloir oublier et dénier à tout instant que les êtres humains sont mortels... et pas seulement quand ils sont vieux.

Une situation de fragilité, c'est une situation qui risque de se détériorer rapidement, c'est un équilibre instable et précaire qui peut se rompre soit du fait de la personne soit de son environnement. L'illustration de Suzanne et Albert, précédemment cité, en est un exemple. Or, paradoxe de cette aide, l' APA qui aide les personnes dépendantes classées en GIR1 à 4 conduit les organismes financeurs de la prestation aide ménagère à désinvestir par exemple les gens classés en GIR 5 et 6, supprimant de ce fait en partie un travail de prévention. Un service d'aide à domicile ou une famille qui fait des efforts importants pour stimuler la personne afin qu'elle continue à mener le plus longtemps possible sa vie quotidienne par elle-même, ne se verra financer aucun de ses efforts puisque la personne âgée gardera un GIR n'appelant pas une aide. «Concrètement la prestation APA est donc un appel à la dépendance puisque pour avoir de l'argent, il faut être en incapacité élevée » ironise Bernard Ennuyer<sup>32</sup>.

Le Docteur N. Champoux de l'université de Montréal caractérise l'état de fragilité par neuf facteurs<sup>33</sup> :

- le grand âge (à partir de 80 ans)
- la dépression
- l'usage de sédatifs
- la sédentarité
- la diminution musculaire des épaules et des genoux
- la baisse de l'acuité visuelle
- les problèmes d'équilibre
- les troubles de la démarche
- l'incapacité des membres inférieurs

Pour cela, elle préconise des actions préventives ayant des effets mesurables permettant de freiner la perte d'autonomie attribuable à des maladies chroniques et retardant ainsi l'apparition de la dépendance. Ce sont la pratique régulière d'exercices physiques, la prévention des maladies aiguës (dépistage et traitement de la dépression, réduction des psychotropes), la prévention de la sédentarité et le non encouragement à l'alitement, une alimentation encadrée des personnes souffrant de malnutrition, la participation à des activités sociales.

Le système français, sur les mêmes bases, propose par exemple la vaccination antigrippale gratuite pour toutes les personnes âgées de plus de 65 ans ou pour ceux,

\_

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> ENNUYER B, *Fragilités*, Gérontologie et Société, n°109, p 141

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> CHAMPOUX N, Le vieillissement réussi, Le Médecin du Québec, n°5, p 77-81

plus jeunes, ayant une affection chronique, fait de nombreuses campagnes contre le tabagisme, poursuit ses campagnes de dépistage contre le cancer du sein...

Le Plan solidarité – Grand âge prévoit des crédits supplémentaires pour la recherche et la prévention avec un renforcement de la recherche sur les maladies neurodégénératives, le développement de la discipline gériatrique et l'instauration d'une consultation de prévention à 70 ans.

Nous voyons bien que d'une façon générale les situations de fragilité sont difficilement visibles ou prévisibles, avant la survenue d'une crise, qui nécessite de nouveaux aménagements, de nouvelles dispositions afin de rétablir, de rééquilibrer la situation afin que l'on puisse à nouveau constituer un nouvel équilibre même fragile. Or, face à des situations qui demanderaient une immédiateté (heures d'aide ménagères supplémentaires, garde de nuit temporaire), les mécanismes d'aide demandent beaucoup trop de temps et aboutissent alors à une entrée pas toujours justifiée à l'hôpital.

Une circulaire commune de l'assurance maladie et vieillesse a fixé les objectifs prioritairement assignés au service social des Caisses Régionales d'Assurance Maladie et des Caisses Générales de Sécurité Sociale. La branche retraite recentre ses actions en faveur des « retraités du régime général relevant des GIR 5 et 6 et socialement les plus fragiles. Il s'agit de retraités qui ne sont pas en perte d'autonomie, mais connaissent des difficultés dans leur vie quotidienne notamment en raison de leur niveau de ressources, de leur isolement social, de leur avancée en âge, de leur état de santé ou de leurs conditions de vie ». <sup>34</sup> Ce recentrage vise des objectifs de prévention de la perte d'autonomie par une meilleure évaluation des besoins des retraités et la mise en place de réponses plus adaptées et plus diversifiées.

## 2.1.4 Des lieux d'habitation insuffisamment adaptés

Comme je le signalais dans ma première partie, les personnes âgées du canton habitent en majorité dans des maisons individuelles d'ancienneté moyenne en ville (56% ont été construites après la dernière guerre mondiale)<sup>35</sup>, plus anciennes dans les campagnes.

Le premier schéma départemental avait déjà pointé que l'amélioration de l'habitat se faisait principalement quand la dépendance était installée et qu'il y avait une notion de prévention à réaffirmer. Sur le département, de 2000 à 2003, l'adaptation de 296 logements a été permise dans le cadre d'un programme rassemblant plusieurs financeurs

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> CNAM/CNAV, *circulaire n°28/2007*, 21 juin 2007

<sup>&</sup>lt;sup>35</sup> INSEE, *le canton d'Eygurande*, document pour les mairies, mars 1999, p.4

(l'Etat par le biais de l'Agence Nationale de l'Amélioration de l'Habitat, le Conseil Général, les caisses d'assurance maladie et de retraite) soit un engagement financier évalué à 840.115 euros.

Il est bon de rappeler que les chutes sont l'un des premiers motifs d'entrée aux urgences, à l'origine de plus de 8000 décès de personnes de plus de 75 ans et la première cause de transfert en institution.

Mais plus que l'amélioration de l'habitat, avec l'accroissement de la dépendance, c'est la nécessité de l'adaptabilité de l'habitat qui est primordiale pour les personnes souhaitant vivre à domicile. Pris en compte par l'APA ou en partie, ces travaux d'adaptation se résument principalement à faciliter la mobilité dans les activités de la vie quotidienne et domestiques : salle de bain adaptée, installation de rampes et sièges d'escalier, réorganisation des lieux de vie ou à l'accessibilité de l'habitat.

Cependant, bien souvent, les personnes âgées sont très réticentes devant la transformation de la maison. Au-delà de la faisabilité technique et financière, les travaux d'adaptation sont difficilement vécus : La maison est une affaire de famille. La personne âgée a développé une familiarisation avec les objets, avec des trajets dans la maison qui lui permettent de déjouer les inadaptations des lieux parfois plus sûrement que l'introduction non familiarisée de nouveaux aménagements ou de techniques nouvelles. Qui plus est, ces travaux introduisent un marquage de la dépendance qui s'oppose à ce lieu de mémoire et d'identité, un espace qui est le lieu de reconnaissance de soi. J'ai pu me rendre compte du traumatisme d'un couple à qui l'on proposait un lit médicalisé et qui ont finalement refusé de le louer. Cela bouleversait totalement l'environnement de la chambre, prise électrique oblige, et la prescription médicale indiquait un lit à une place alors que ces personnes âgées partageaient le même lit depuis plus de cinquante ans! Derrière une technicité rationnelle, on avait tout simplement oublié les droits fondamentaux de ces personnes. Toute la pertinence de la relation d'aide apparaît : Conduire les personnes, par une relation de confiance et d'empathie, à accepter de modifier leur environnement pour plus de confort sans que celles-ci le vivent comme une agression.

Le développement de l'accessibilité et la mise aux normes de l'habitat reste une condition essentielle pour favoriser l'autonomie des personnes âgées si l'on considère l'habitat non pas en terme de logement mais comme étant un véritable espace de vie, à partir duquel et autour se tisse une vie sociale, s'il est conçu dans un environnement qui favorise l'accès au service, aux commerces, aux loisirs, alors, on offrira aux personnes qui vieillissent les conditions de réalisation de leur projet individuel.

Nous voyons bien que le rêve de toute personne âgée serait de vivre vieux sans incapacité à son domicile, entouré de sa famille et de ses amis, mais la réalité nous démontre que l'effet de la dépendance entraîne un « non choix » de rester à domicile. L'établissement d'hébergement offre sans doute plus de facilité que la vie à domicile, surtout si la personne est seule.

# 2.2 La ruralité qui amplifie l'isolement et la solitude

Lors d'une inscription sur la liste d'attente de l'institution, la première motivation hors cause médicale de la personne âgée est de réduire l'isolement dont elle souffre et de la solitude que cela engendre. Ph. Pitaud rappelle qu'en sciences sociales, l'isolement est un phénomène mesurable renvoyant à une situation concrète alors que le substantif « solitude » renvoie à un vécu qui peut s'éprouver dans une situation d'isolement mais pas exclusivement<sup>36</sup>.

#### 2.2.1 Les notions d'isolement

La première cause disolement de la personne âgée est d'ordre géographique sur notre territoire et la difficulté de créer un réseau relationnel effectif. Nous avons pu le constater lors de la tempête de fin décembre 1999 où certaines communes sont restées sans électricité pendant plus de dix jours avec des routes rendues impraticables par la chute de nombreux arbres. La cellule de crise, alors mis en place pour apporter secours et soutiens logistiques, s'est aperçue que bon nombre de villages dispersés sur le canton n'étaient plus habités que par des personnes âgées où le soutien intergénérationnel n'existait que par les appels téléphoniques. C'est ainsi que nous avons pu déplorer que le degré de sophistication d'une société entraîne paradoxalement sa fragilité. Et je dois bien dire, en aparté, qu'après avoir explicité la dépendance, la fragilité, que les personnes les plus traumatisées par la tempête ne furent pas les aînés, pour les avoir visitées, mais bel et bien les jeunes qui se trouvaient dépourvus sans téléphone portable, sans télévision, sans chauffage...

Isolement géographique qui s'explique par l'attachement de la personne âgée à sa maison, à la fois « repère et repaire » <sup>37</sup>. Repère social car le domicile est le symbole de l'histoire intime, familiale et sociale, de protection face aux différentes ruptures de vie vécues par la personne au fil des temps, repère temporel où chaque objet est une

-

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> PITAUD P (sous la direction), *Solitude et isolements des personnes âgées*, Erès, 2007(2<sup>ème</sup> édition), p. 34

<sup>&</sup>lt;sup>37</sup> PUIJALON B, *Dépendance et vieillissement*, L'Harmattan, 1989, p.32

histoire, la maison est chargée de souvenirs. Repaire car elle renvoie à la notion de territoire. C'est un lieu de protection, de sécurité et de souffrance.

Cette situation est amplifiée par la disparition des petits commerçants. Seul le pharmacien et la visite mensuelle du médecin continuent à créer du lien avec l'extérieur proche. L'intervention des professionnels n'est pas prise en compte car ils sont majoritairement issus de l'arrondissement donc plus anonymes et ils connaissent un turn over important notamment dans les services d'aide ménagère.

Autre facteur d'isolement est le fait de vivre seul. Un rapport de l'Institut National d'Etudes Démographiques portait un titre éloquent « les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux : bilan européen ». Une enquête montre que les veuves sont majoritaires dès 58 ans avec un point culminant de veuvage des mono habitantes peu avant 90 ans. 85% des veufs sont des femmes<sup>38</sup>. La liste d'attente de l'EHPAD est constituée pour l'heure, dans sa quasi intégralité, de veuves.

J-L Pan Ké Shon note que l'isolement relationnel dépend pour une grande part de caractéristiques socio démographiques individuelles que sont l'âge, le niveau de diplôme, le type de famille, l'appartenance à une famille nombreuse, l'origine nationale, la catégorie socio professionnelle. Cette étude montre que l'isolement s'accroît avec l'âge, après 70 ans et qu'il progresse fortement et continûment<sup>39</sup>.

En Grande-Bretagne, l'Etude ELSA (Etude longitudinale sur le vieillissement) définit différentes dimensions qui concernent les relations sociales qu'il convient de mesurer comme indicateur d'isolement. Ce sont les suivantes :

- les relations sociales (contacts avec la famille et les amis)
- les activités culturelles (aller au cinéma, théâtre, spectacles)
- les activités civiques (être membre d'un club, d'une association)
- l'accessibilité aux services de santé et aux commerces
- l'exclusion vis à vis du voisinage (se sentir en sécurité là où ou l'on vit)
- les ressources financières (disposer d'un compte bancaire)
- les consommations matérielles (achat d'équipement, vacances...)

L'étude ELSA met ainsi en évidence des facteurs à risques qui amènent à une exclusion pour au moins trois dimensions, on retrouve notamment :

- un mauvais état de santé

<sup>&</sup>lt;sup>38</sup> PAN KE SHON J-L, *Etre seul*, Données sociales, La Société Française, 2002-2003

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> BENSADON A-C, Collectif, *Enquête « Isolement et vie relationnelle »*, septembre 2006, p 17

- la dépression
- être âgé de 80 ans ou plus
- vivre seul sans compagnon
- pas d'enfant en vie
- pas d'accès à une voiture
- ne jamais utiliser un moyen public de transport
- ne pas avoir d'activité physique
- pas de téléphone
- de bas revenus<sup>40</sup>

Le schéma départemental de gérontologie, dans son orientation 4.4, a comme objectif de rompre l'isolement, qui est toujours source de mal être, pour l'individu qui ne se situe au cœur d'aucun dispositif.

Le conseil général a mis en place, dès 2003, un dispositif Corrèze Téléassistance sous forme de délégation de service public qui permet aux personnes âgées de disposer d'un service de sécurité en cas de chute ou autres difficultés et qui garantit au-delà, un lien social, puisque des appels de convivialité sont réalisés ainsi que des visites de convivialité.

Le véritable électrochoc pour les pouvoirs publics fut la canicule de l'été 2003. La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées institue dans chaque département un plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et handicapées en cas de risques exceptionnels et précise que le plan d'alerte et d'urgence prend en compte, le cas échéant, la situation des personnes les plus vulnérables du fait de leur isolement.

Afin notamment de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, les maires ont pu recueillir les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et personnes handicapées qui en ont fait la demande. Cela permet une meilleure connaissance des personnes en situation de risque. De cette liste, l'instance cantonale de coordination gérontologique a programmé des visites de convivialité durant toute l'année.

#### 2.2.2 La notion de solitude

Pour Ph. Pitaud<sup>41</sup>, la solitude est avant tout vécue comme une expérience subjective, souvent perçue comme une expérience négative pénible à vivre et qui s'accompagne

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> BENSADON A-C, opus cité, p 36

<sup>&</sup>lt;sup>41</sup> PITAUD P, *opus cité*, p 67 et suivantes

d'affects négatifs. Elle apparaît quand le réseau social de la personne est déficient ou perçu comme tel, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Les critères renforçant le sentiment de solitude sont d'après lui :

- les incapacités physiques
- l'appauvrissement du réseau social
- être veuf ou probabilité très grande de perdre son conjoint
- difficultés de transports

Une analyse croisant l'isolement et la solitude a permis de créer une typologie des personnes âgées en trois groupes spécifiques<sup>42</sup>:

- groupe1: ce sont des personnes âgées vivant souvent en couple, sans enfant au foyer, habitant une maison particulière, n'ayant pas de problème financier, fréquentant des lieux de rassemblement ou faisant partie d'un groupe (club ou autres), n'ayant pas de problème de santé grave et sortant régulièrement de chez elles. Ce sont typiquement des retraités actifs parmi lesquels les bénévoles sont nombreux. Ils ont une vie relationnelle et ne souffrent ni de solitude ni d'isolement. En somme, c'est un vieillissement réussi.
- groupe 2: ce sont des personnes les plus âgées, elles n'ont pas ou plus de conjoint, elles ont des problèmes de santé invalidants et sortent peu de chez elles. Elles ne fréquentent jamais ou presque un lieu de rassemblement. Ces personnes ont une vie relationnelle réduite, elles sont effectivement isolées et se sentent très souvent seules. Elles correspondent aux personnes dépendantes.
- groupe 3: ce sont des personnes âgées comme celles du groupe 1 ayant de graves difficultés économiques, ou avec de faibles ressources, ou n'ayant pas de moyens de transport. N'ayant le plus souvent personne à qui faire confiance ou faire appel, elles sont très isolées et souffrent souvent de solitude. Ces personnes sont en position de fragilité.

Le schéma départemental souhaiterait faire participer davantage les personnes âgées à la vie sociale par le développement des rencontres intergénérationnelles mais il est très difficile de le mettre en place face à l'image dévalorisée de la vieillesse.

Avec l'instance cantonale de gérontologie, nous avons proposé plusieurs ateliers pour l'initiation des nouvelles technologies (informatique, internet) avec le soutien financier du conseil général de la Corrèze, avec succès, mais nous constatons que ce ne sont que les habitants du bourg qui se déplacent.

-

<sup>&</sup>lt;sup>42</sup> BENSADON A-C, opus cité, annexe 6

Ainsi, et pour conclure, un problème qu'il faudra bien résoudre est celui du transport en ruralité, pour des déplacements vers des lieux d'information et de loisirs. Un de mes projets pour diversifier les dispositifs d'accueil, afin de soutenir le maintien à domicile, lors de l'élaboration de ma première convention tripartite, était la volonté de créer dans l'institution un accueil de jour pour soulager les aidants familiaux. Nous nous sommes vite rendu compte que les frais de transport étaient une charge trop lourde pour les personnes âgées ou leur famille et ce projet n'a pu voir le jour en 2002. Problème que les pouvoirs publiques ont entendu puisque le législateur, par décret n°2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les EHPAD et complétant le code de l'action sociale et des familles, prévoit que les frais de transport seront pris en charge à 100% dans un forfait soins versés par l'assurance maladie. Ce forfait qui sera fixé par arrêté très prochainement n'est pas paru pour l'heure.

# 2.3 Le droit aux risques et la notion d'urgence

## 2.3.1 Le droit aux risques

La charte européenne des droits fondamentaux de Nice du 7 décembre 2000 qui reconnaît des droits à la personne, et qui a fortement inspiré les droits des usagers de la loi n°2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, souligne le respect de la dignité, le droit à la liberté, l'égalité en droit, le droit à la solidarité et de la citoyenneté et de la justice. L'usager devient sujet et non plus objet, une personne réelle et singulière. Peut-on priver ou non la personne âgée d'un certain usage de sa liberté au nom de sa sécurité, car chacun d'entre nous ne s'expose qu'à partir de sa fragilité. Devant la dépendance, il est facile de mettre en danger les libertés qui apparaissent alors comme des vulnérabilités. Autonomie, responsabilité et risque sont les aspects fondamentaux de la liberté.

Qu'est ce que c'est qu'être libre ? C'est le pouvoir de dire « je » et de se reconnaître dans ses actes. Même si la personne âgée n'a pas pleinement l'initiative de toutes ses activités, elle peut se les approprier. Rouvrir les portes de la liberté, rouvrir à l'alternative, à d'autres voies, à d'autres choix est pour moi la première définition de la bientraitance, concept à la vogue actuellement. C'est considérer avant tout la personne comme un sujet autonome et ne pas la réduire qu'à sa pathologie : « c'est un autiste », « c'est un Alzheimer ». C'est donc essayer de laisser à la personne la possibilité de gérer ses choix de vie et de les exposer, de tenir compte de ses craintes ou de ses angoisses face à la volonté du professionnel d'intervenir dans son mode de vie. En somme, c'est la définition de l'aide : préserver, faire usage des potentialités.

La deuxième dimension de la liberté, c'est le risque. « Qu'est ce que le risque ? Le risque est la part de l'action qui ne peut être évaluée que par l'action elle-même. Je peux mesurer, dans un bureau d'études, la résistance d'un pont mais il y a un moment où il faut le traverser. Le risque, c'est le saut du possible calculé au réel». <sup>43</sup> Notre travail consiste à évaluer, à mesurer le risque ce qui peut en réduire l'importance.

La troisième dimension de la liberté réside dans la responsabilité. Cela veut dire que mes actes me prennent toujours dans une histoire que va plus loin que moi, que mes prévisions. Les actes s'inscrivent dans une histoire... Or, la dépendance est caractérisée par le rétrécissement des possibles. Du œup, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes à son domicile est de plus en plus considéré comme une conduite à risque et devant l'évolution de la judiciarisation, nous avons tendance à limiter de façon prématurée le risque imaginé, à nous déresponsabiliser. Nous sommes là au cœur des problèmes éthiques c'est-à-dire des conflits de valeurs permettant de définir une bonne pratique d'accompagnement: Comment concilier la liberté de choix de la personne âgée de son mode de vie qui risque de faire dériver l'accompagnant vers une négligence coupable ou refuser toute autonomie à cette personne et enfreindre un autre principe universellement reconnu, le respect de la personne et de sa dignité. L'enfermement pour éviter les fugues peut inciter certaines personnes à se défenestrer, une contention peut entraîner une strangulation...

Dès 1999, la Fondation de France avait lancé une réflexion dont le thème était : « dignité des personnes âgées, droit au choix, droit au risque et responsabilité » auquel j'avais participé en ce qui concerne cet exercice en institution sous la responsabilité de Sylvie Fontanet. De huit groupes régionaux, une synthèse a été éditée<sup>44</sup>. Cet ouvrage en deux partie fait l'inventaire des dérives et des dysfonctionnements qui conduisent aux deux écueils auxquels se heurtent actuellement les pratiques gérontologues : le refus du risque devant une judiciarisation excessive (le défaut de surveillance, la négligence passive, délit de mise en danger de la personne d'autrui) et, son corollaire, la tentation des pratiques sécuritaires abusives, puis dans un deuxième temps, met à jour des pistes de travail afin de dégager une nouvelle éthique – dans sa définition moderne de recherche du bien être de la personne - gérontologique consistant à rétablir les droits du libre choix, du droit aux risques, du consentement.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> DUMONT JM, *Philosophie et liberté*, Cahier de la FNADEPA, octobre 2006, p 17

L'entrée dans la dépendance ou la fragilité de certaines personnes âgées impliquerait que la liberté devienne un exercice dangereux et nuisible, que la décision de prendre des risques reviendrait aux aidants formels et informels. Nous tombons là dans une forme de maternage, probablement due à l'inversion de l'ordre des générations, et à une infantilisation de la personne accompagnée. De plus, les professionnels et les soignants ont tendance à hiérarchiser spontanément les risques, ceux liés aux fugues et aux chutes ont tendance à être surévalués alors que ceux inhérents à la perte d'intégrité psychique et sociale sont souvent et facilement minimisés. Comme je le constatais en première partie, un quart des demandes pour une entrée en institution émanent de familles qui ne veulent pas endosser cette responsabilité (vis-à-vis de la fratrie en général qui mandate mais qui n'est pas sans reproche si un accident de la vie survient) et délègue à une institution la nécessité de garantir la sécurité de la personne accueillie comme le stipule l'article 7.1 de la loi 2002-02.

Ainsi, l'entrée en institution sonne les limites du maintien à domicile où entourage, médecin, intervenant sont convaincus de savoir ce qui est souhaitable pour la personne âgée quand son désir la plupart du temps est de rester chez elle.

Mais l'entrée en institution renvoie aussi à la personne âgée sa finitude : elle sait qu'elle en ressortira morte. Tout le challenge de ma fonction de directeur est de proposer un accompagnement qui n'élude pas cette fin de vie dans une société qui a tendance à considérer que la mort n'est plus naturelle. « Nous ne mourrons point parce que nous sommes mortels, mais parce que l'accident n'a pu être esquivé, le meurtre empêché ou la maladie vaincue » <sup>45</sup>. Finitude que toutes les personnes âgées souhaiteraient accomplir chez dles mais que l'entourage refuse. C'est ce qui m'amène à parler du concept d'urgence.

## 2.3.2 La notion d'urgence

Du latin *urgere* (pousser, presser)<sup>46</sup>, l'urgence qualifie au sens strict ce dont il faut s'occuper sans retard c'est à dire pendant qu'il en est encore temps. Ce qui implique à la fois l'idée de faisabilité, l'action impossible n'appartient pas à l'urgence, et celle du temps court, on n'a pas de temps à perdre et il est temps d'intervenir. « Il faut anticiper l'avenir comme trop lent pour hâter ce qui déjà se précipite. Ainsi, une inversion se joue, qui rend

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> AMYOT J-J, VILLEZ A, *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologique,* Dunod, 2001

<sup>&</sup>lt;sup>45</sup> RICOT J, opus cité, p. 88

<sup>&</sup>lt;sup>46</sup> Le Grand Robert, opus cité, p 2200

le futur présent, l'actuel est désormais placé sous l'influence du devenir plus que du passé. Ainsi, l'enjeu paraît évident, indiscutable et légitime : éviter l'irréversible ». 47

En ce qui concerne les personnes âgées, je distinguerais trois sortes d'urgence :

L'urgence impossible : Ce sont ceux qui vont mourir et que l'on pourrait laisser chez eux entourés des membres de leur famille (ou du personnel en institution), l'issue finale étant proche et irrécusable. On pourrait parler ici de l'urgence spirituelle, encore très enracinée dans nos zones rurales, celle qui amène le prêtre à donner l'extrême onction (on parle aujourd'hui de sacrement des malades sans doute moins traumatisant). Mais il semble qu'il est insupportable pour un grand nombre de nos contemporains de disparaître sans la présence d'un médecin (hier, c'était le prêtre) pour qu'il fasse l'impossible. Ce que l'on sait, c'est que l'on décède aujourd'hui bien d'avantage qu'hier (80% des français) dans les services d'urgence et les hôpitaux, condamné à une mort anonyme, technicisée. L'urgence devient ici un non sens et va à l'encontre de la dignité et de l'intégrité de la personne âgée. De l'avis de l'équipe mobile de soins palliatifs de la Corrèze, il leur est plus difficile d'accompagner des personnes âgées à domicile car l'entourage considère que la mort est injuste si tout n'a pas été tenté pour l'éviter; se révèlent des sentiments de colère, des regrets, la culpabilité des survivants quand les services d'urgence n'ont pas été appelés à temps ou ne sont pas arrivés rapidement. Comment expliquer aux familles que les soins palliatifs naissent de l'aveu d'impuissance à guérir alors que la vocation et de l'image qui en découle du médecin est de lutter contre la maladie et la mort, repousser énergiquement les échéances (le Code de déontologie médicale souligne cependant dans son article 37 « éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique »), de l'humilité devant le tragique de la mort en offrant le réconfort d'un accompagnement en respectant la dignité du patient.

« Tu ne meurs pas de ce que tu es malade, tu meurs de ce que tu es vivant » nous rappelle Sénèque <sup>48</sup>, et le fait de mourir chez soi n'a pas de prix.

<u>L'urgence médicale</u>: L'urgence devient un terme avec une spécialisation médicale pour des cas nécessitant une intervention et des soins rapides. Dans le domaine médical, on discerne trois degrés dans l'urgence:

- la première porte sur les actions immédiates, par exemple, stopper une hémorragie, réanimer un asphyxié, un sujet en détresse respiratoire. Sur le département, le médecin

\_

<sup>&</sup>lt;sup>47</sup> THOMAS L-V, *L'urgence de l'action sociale à l'action politique,* Erès, juin 2007, n°2, p 33-46

<sup>&</sup>lt;sup>48</sup> SENEQUE, *Lettre à Lucilius*, 78,6 Bouquin Robert Laffond, 2004, p 824

inspecteur de la santé de la Corrèze a mis en place un système de régulation avec le service départemental de l'incendie et des secours pour une meilleure gestion et complémentarité avec le système de garde de ces services autour de la question de savoir qui intervient la nuit ou les week-end, des pompiers, du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), des médecin libéraux, des ambulanciers avec la mise en place du numéro « 15 » où des médecins régulateurs dispatchent les interventions suivant la gravité.

- la deuxième et la troisième s'attachent aux patients qui peuvent attendre quelques heures, voire plus, pour qu'on porte remède à leur mal de façon optimale. Elles requièrent le plus souvent un transfert à l'hôpital, eu égard à la complexité de l'appareillage utilisé et des gestes techniques ainsi que le suivi des soins. C'est en ces lieux qu'on tentera de gagner du temps en vue de faire un diagnostic rigoureux pour appliquer le traitement (urgence médicale) ou de procéder le cas échéant à l'opération (urgence chirurgicale).

De nombreux médecins dénoncent ainsi que l'urgence draine vers les salles spécialisées de l'hôpital toute sorte de gens. Ceux qui n'ont rien ou presque rien, victime de leur propre affolement ou d'anxiété ou celui de leur entourage (la fausse urgence), ceux qui pensent aussi que le monde médical est à leur merci. Des paroles réconfortantes, quelques soins rapides, une ordonnance légère, l'acheminement vers des services normaux de l'hôpital éviteraient ainsi ce que le sociologue Louis Vincent Thomas appelle « la théâtralité coûteuse des services d'urgence ». S'il n'y a pas urgence, cela traduit cependant une forme d'appel, un signal d'une détresse, une manifestation de mal être.

L'hospitalisation à domicile, en accord avec les médecins généralistes référents du secteur, pourrait être une solution mais elle n'est pas développée pour l'heure sur notre territoire à l'exception du réseau spécialisé Oncorrèze qui vient à domicile soulager les aidants familiaux.

Autre perversité qui se pose est la problématique de l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie passive où derrière des pensées éthiques émergent des arrières pensées économiques. Doit-on envoyer un SMUR pour une «mamie » de 80 ans qui a fait une «fausse route » au fin fond de la campagne un samedi soir? Les pompiers bénévoles peu formés feront leur possible...

La réforme de la rémunération des hôpitaux – la T2A – impose des séjours les plus brefs possibles. Il y a dix ans, pour la pose d'une prothèse de hanche, le malade passait douze jours en orthopédie. Aujourd'hui, c'est entre quatre et six jours. Mais que faire de la personne âgée ensuite? Le retour à domicile est quasiment impossible ou alors il y a de fortes chances que la personne se retrouve de nouveau aux urgences deux jours plus tard; aussi, on essaie de l'orienter le plus rapidement en maison de retraite. Je me trouve

de plus en plus confronté à ce genre de situation où je dois gérer le désarroi des familles, l'incompréhension de la personne accueillie d'autant que je ne dispose que rarement de places libres. Et fait nouveau, il y a un renversement de la responsabilité morale : Comment se fait-il qu'il n'y ait pas de place ? Pourquoi vous ne demandez pas une extension ? Pourquoi n'avez-vous pas mis en place des accueils alternatifs ? Malgré mes réponses justifiées, je constate l'insatisfaction de mes interlocuteurs. Je me suis vu reprocher par un médecin hospitalier l'absence de prestation de kinésithérapeute 24 heures sur 24 alors que le centre hospitalier dans son service est dans l'incapacité de le faire! Dérive d'une médicalisation des EHPAD qu'ils n'ont pas choisis.

<u>L'urgence prévisible</u>: Quiconque travaille avec des personnes âgées sait qu'il y a peu d'urgences véritablement imprévues surtout si l'on a mis en place des mesures de prévention.

Bien souvent, même si la situation est connue et suivie, on attend l'accident comme si cela était le seul moyen pour des familles qui ont le besoin de souffler de résoudre efficacement un ensemble de difficultés patentes et diffuses pour cautionner une institutionnalisation.

Mais la plupart du temps, cette urgence ne devrait pas exister et elle témoigne d'un dysfonctionnement du système de prise en charge des personnes âgées, d'un manque de coordination ou de concertation entre les différents services qui les accompagne. « L'urgence pervertit la vieillesse car à défaut d'y apporter une réponse sociale, notre société choisit la solution technique (la téléalarme par exemple) et médicale »<sup>49</sup>.

Qui plus est, et comme je le soulignais précédemment, l'urgence est une question de temps. Comment concilier le temps des professionnels planifiés selon la réglementation de code du travail (semaine de 35 heures par exemple), une gestion du chronomètre où le temps du change et de la toilette sont quantifiés, et celui de la personne âgée qui vit, parfois à l'heure du soleil ? L'urgence ne se limite pas aux horaires hebdomadaires et à la semaine. hélas !

La prise en charge reste difficile à assurer notamment les jours fériés, le week-end et la nuit. Gardons en tête la question, plus que jamais d'actualité, du docteur Guy, gériatre à Angers dans les années 70 et que reprend Bernadette Puijalon: « Pourquoi faut-il que par une tragique méprise, on confie à des techniciens entraînés, équipés et pressés, des vies écoulées, des corps usés, et des cœurs avides de temps accordé ? »

<sup>&</sup>lt;sup>49</sup> DEREMBLE JP, PUIJALON B, au secours... il y a u vieux, l'urgence de l'action sociale à l'action politique, Erès, n°2, juin 1987, p 103

Après avoir décrit des explications qui pourraient expliquer certaines limites du maintien à domicile, de l'isolement que connaissent nos aînés ruraux et des mesures préventives qu'il conviendrait de redynamiser, le droit à chacun de prendre des risques créant de fait des situations d'urgence, il m'apparaît primordial de favoriser des stratégies qui apportent une réponse pertinente à des besoins identifiés.

Mon établissement, dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite, ne peut plus fonctionner sans tenir compte de son environnement, aussi j'exposerai dans le chapitre suivant mon projet de la mise en place - ou du moins d'une réorganisation - d'un réseau gérontologique de proximité garant de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées du canton en m'appuyant sur les différents schémas départementaux et régionaux, qui intégrera notre structure proposant des possibilités d'accueil alternatif. C'est une mission de ma fonction de directeur qui ne peut que satisfaire la volonté politique du canton et avant tout inscrire l'usager au sein d'un réseau multifonction et coordonné.

# 3 Un projet de réseau gérontologique en milieu rural à partir d'un EHPAD pour prévenir les ruptures de vie des personnes âgées

L'idée initiale de ce projet est venue de la sollicitation de plusieurs maires du canton, sensibilisés de par leur fonction élective et confrontés à la détresse de certaines familles et personnes âgées, pour repenser la mise en place d'un véritable travail en réseau formalisé et de proximité, ou du moins coordonné, pour un accompagnement efficace des usagers.

Dans notre culture gérontologique, le terme de réseau et de coordination ont déjà une longue histoire et personne n'oserait contester leur pertinence. Nous savons qu'agir seul ou ne privilégier qu'une seule dimension de la problématique des personnes âgées est voué à l'insuffisance, voire à l'échec et même à l'aggravation des situations considérées. Nous voyons bien qu'il n'existe pas une solution pour un problème mais une multiplicité de réponses.

Le président du conseil d'administration de l'EHPAD, conseiller général du canton et président de la communauté de communes du Pays d'Eygurande a ainsi constaté un étrange paradoxe : Toutes les possibilités d'interventions auprès de la personne âgée constituent, sans conteste, un « plus » : plus d'interlocuteurs, plus de capacités de réponses, plus de conseils et de points de vue. Mais ce « plus » ne se transforme pas spontanément et nécessairement en «mieux » : mieux écouté, mieux compris, mieux accompagné.

Ainsi, cette situation de «foisonnement » entraîne une confusion des missions et des métiers, confusion qui ont abouti à des transferts de charges et de travail : Par exemple, l'instance de coordination du canton d'Eygurande labellisée niveau 2 (mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles, mission d'évaluation des besoins et élaboration du plan d'aide personnalisé) s'est retrouvée avec les mêmes prérogatives que le Centre Local d'Information et de Coordination de Haute-Corrèze regroupant quatre cantons dont celui d'Eygurande. Ces organisations, conçues pour la permanence et la commodité des prestations des aînés, ont d'abord cherché leur propre survie en cherchant à prendre le pouvoir sur l'autre partenaire.

Cette confusion s'est retrouvée au niveau des personnes âgées par une dispersion des interventions et au bout du compte une grande difficulté à prendre en compte les attentes individuelles, par un manque de lisibilité des dispositifs qui se superposaient. Face à ces dispositifs éclatés, ne trouvant pas de réponses assez rapidement, il ne restait plus au médecin généraliste qu'à hospitaliser la personne âgée pour attendre et avoir le temps de

s'organiser. Le résultat était, bien souvent, péjoratif pour la personne et il n'était pas rare que ce soit le début d'un cycle d'exclusion (problème de retour à domicile, ré hospitalisation) avec une entrée en institution non préparée.

Dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite, le président du conseil d'administration m'a demandé que l'EHPAD devienne un « guichet unique » dans la logique de ce qui existe avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées, de coordonner les professionnels au niveau du canton afin d'éviter une parcellisation des prestations, de contribuer, par un travail en amont, à prévenir les états de dépendance et d'élargir le champ d'action de l'établissement afin de mieux répondre aux attentes des personnes âgées dans les situations d'urgence. C'est d'ailleurs un des objectifs de qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes inclus dans la convention pluriannuelle tripartite, souligné dans son article 1-4 « l'inscription dans un réseau gérontologique », « il convient de développer des complémentarités entre l'EHPAD et les autres acteurs du réseau local, qui concerne le soutien à domicile, la collaboration interétablissement, (...) ».

Etant secrétaire de l'instance de coordination gérontologique du canton, membre du conseil d'administration du SSIAD, membre d'une commission de travail afin de structurer une filière gériatrique avec le Centre Hospitalier d'Ussel où l'EHPAD sera référent du canton, c'est à ce titre que la conseil d'administration a souhaité que je sois le porteur de ce projet. Il pensait résoudre ainsi le problème de leadership, de légitimité face aux oppositions qui existent parfois entre les différents services à domicile, de soins, d'établissements et l'hôpital.

La personne âgée est évidemment au centre du processus et chaque intervenant défenseur de la cause de la coordination a tendance naturellement à partager ce centre là ! Au centre, oui... Mais est-ce un alibi, un otage ou une sincère finalité ? Il n'est pas si facile de toujours respecter le projet de vie de la personne âgée et d'apporter à ce dernier la garantie que son autonomie sera l'unique étalonnage de décisions harmonisées par l'accord entre différents intervenants aux pratiques professionnelles parfois divergentes.

Je vais devoir être un négociateur obstiné afin de mieux organiser et mobiliser les hommes et les moyens, coordonner ou plutôt faire coopérer les intervenants existants, apporter un soutien aux acteurs présents sur le terrain, offrir une palette de services adaptés au maintien à domicile de la population âgée lorsqu'elle le souhaite, préparer une entrée en établissement avec le souci constant du respect de l'autre, qu'il soit l'usager, la famille ou un partenaire. En somme, ne pas faire reposer la charge de la coordination sur les seuls usagers.

Dans un sport collectif, comme le rugby, chercher à coordonner ou imposer une coordination à des joueurs, qui n'auraient pas envie de coopérer paraîtrait à tous parfaitement absurde. On sera d'abord confronté à la constitution d'une équipe, au sentiment d'équipe, aux amitiés et aux inimitiés, avant de régler la tactique de jeu et de ses problèmes techniques. Dans le domaine médico-social, on fait comme si ces aspects essentiels des relations humaines, de la constitution d'un groupe, de la mise en œuvre d'une dynamique étaient toujours acquis. J'en reviens à la définition de l'accompagnement : en deçà du réseau, il faut une volonté commune de « se joindre à, pour faire ensemble ».

L'approche globale est une attente forte des personnes âgées avec lesquels je me suis longuement entretenu que ce soit sur des aspects de la vie quotidienne (tels que les transports, les commerces de proximité ou ambulants voire la distribution du courrier), de la vie sociale (rencontres, activités, information), de l'habitat, de la prise en compte de la dépendance ou de la maladie. Je me rends bien compte qu'il n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît quand il s'agit non seulement d'organiser localement des réponses de qualité pour les personnes qui ont besoin d'aide (sans pour autant enfermer l'action dans la prise en compte unique de la dépendance) mais aussi de promouvoir une approche globale, de s'inscrire dans un développement local, de décloisonner l'action en faveur des personnes âgées en les considérant aussi et d'abord comme des habitants. La complexité est à la hauteur des enjeux.

Edgar Morin souligne « la notion de stratégie s'oppose à celle de programme. Un programme, c'est une séquence d'actions prédéterminées qui doit fonctionner dans les circonstances qui en permettent l'accomplissement. Si les circonstances extérieures ne sont pas favorables, le programme s'arrête ou échoue. La stratégie permet, à partir d'une décision initiale, d'envisager un certain nombre de scénarios pour l'action, scénarios qui pourront être modifiés, selon les informations qui vont arriver en cours d'action et selon les aléas qui vont survenir et perturber l'action. Le domaine de l'action est très aléatoire, très incertain. Il nous impose une conscience très aiguë des aléas, dérives, bifurcations, et il nous impose la réflexion sur sa complexité même ». 50

Pour ce faire, dans une vision de faire travailler ensemble, c'est-à-dire de faire coopérer des professionnels de formations et de cultures différentes, des familles et des personnes plus ou moins âgées ayant des difficultés de la vie quotidienne, l'organisation particulière qui permet de satisfaire à ces conditions, c'est, à mon sens, le réseau.

-

<sup>&</sup>lt;sup>50</sup> MORIN E, *Introduction à la pensée complexe*, Seuil essais, 2005, p.119

Dans son étymologie, le réseau renvoie à un double sens, celui «d'un maillage pour capturer qui se caractérise par la toile d'araignée », mais aussi la formation «d'un certain nombre de personnes en relation directe ou indirecte les unes avec les autres, notamment une organisation clandestine, obéissant aux mêmes directives »<sup>51</sup>. Ce qui est intéressant dans cette notion de réseau, c'est sa résistance à une coordination formalisée et rigidifiée par sa volonté de formater les gens et les hommes, bien que la coordination soit une forme particulière de réseau.

Comme le souligne Bernard Ennuyer, «le pouvoir organisationnel du réseau n'est pas du côté de la structure – comme il l'est dans une coordination formalisée et labellisée – mais il est dans la connectibilité (*sic*) même du réseau, c'est-à-dire dans sa capacité de réaliser un grand nombre de liaisons, fussent-elles éphémères ».<sup>52</sup> De même, Jean-Marie Miramon constate « que les réseaux sont souvent mais faussement présentés comme une solution à la faillite des organisations classiques (...) Un réseau est constitué d'un ensemble de personnes ou d'institutions, travaillant dans le même secteur ou partageant des activités communes, qui établissent entre elles des relations spécifiques. Ces personnes se reconnaissent réciproquement des compétences, une capacité d'influence ou une aptitude à agir ensemble. Ce système souple de coopération est fondé sur des mécanismes de confiance, de complicité voire d'adhésion à des valeurs communes. Il est l'antithèse d'un système hiérarchique. Les acteurs sont libres les uns par rapport aux autres »<sup>53</sup>

Ce travail en réseau pourra jouer là comme un levier : en favorisant l'émergence de projets, elle générera une dynamique locale que je souhaite forte de services de proximité utiles, en n'oubliant pas que le grand coordonnateur est la personne âgée elle-même. C'est elle qui choisit les intervenants, leur mode d'intervention, qu'il faut son consentement éclairé dans une relation qui prendra une forme particulière différente suivant les situations rencontrées. Cette capacité d'écoute et de décodage de la parole de la personne âgée n'a de sens qu'en terme de trajectoire dans son contexte et dans son histoire.

# 3.1 La mise en place du réseau gérontologique de proximité

#### 3.1.1 Un territoire d'action bien défini

L'ancrage territorial est fondamental non seulement parce qu'il permet la proximité géographique mais aussi parce qu'il rend possible la prise de mode de vie particulière des

<sup>&</sup>lt;sup>51</sup> Dictionnaire le Grand Robert, 1990, p.296

<sup>&</sup>lt;sup>52</sup> ENNUYER B, *Réseaux et coordination*, Gérontologie et Société, 2002, n°100, p 91

<sup>&</sup>lt;sup>53</sup> MIRAMON JM, *Manager le changement dans l'action sociale*, ENSP, 2001, p.61

habitants. Ainsi, la délimitation d'un territoire et le lieu de l'implantation du réseau me semblent très importants pour la réussite de ce projet. Le rôle des communes est essentiel car ce sont à elles que les habitants âgés s'adressent dès que se présente une difficulté, une question, un besoin d'information. D'ailleurs, c'est sous leurs impulsions que j'ai entrepris ce projet. Un élu, lors d'une assemblée générale de l'instance de coordination cantonale, remarquait : « *lci, les gens ont appris à se débrouiller seuls et si l'on veut leur apporter une amélioration à leurs conditions de vie et toucher tous ceux qui ont besoin, les gens de Tulle n'ont qu'à imaginer quelque chose qui parte d'ici et s'appuie sur tout ce qui marche déjà. Faudrait-il encore qu'ils montent!* Or, sur ce canton, vaste mais dépeuplé, aux ressources professionnelles limitées (deux médecins et infirmières libérales, deux prestataires d'aide à domicile, ...), il est nécessaire que le réseau aille chez l'habitant car il n'est pas réaliste de le « faire venir » sous forme de permanences, ni de demander aux habitants de se déplacer du fait de l'éloignement ou par l'absence de moyen de transport.

Nous l'avons constaté à nos dépens lors de la mise en place du CLIC Haute Corrèze en 2003, dont le bureau se situait à Ussel, les objectifs étant le soutien à domicile, la promotion d'une approche globale et personnalisée de la personne âgée et la mise en cohérence des dispositifs, mais qui n'avait pas suffisamment cette logique d'intervention de proximité. En effet, il regroupait quatre cantons sur une zone géographique étendue de 64 kilomètres carré (Ussel, Bort, Eygurande, Neuvic) qui regroupait environ 7210 personnes de 60 ans et plus. C'était beaucoup de travail pour une seule personne! Aujourd'hui, le CLIC est en sommeil et va prochainement se transformer en réseau de soins gérontologiques, cette évolution étant encouragée par la lettre DGAS/DHOS du 16 septembre 2004 relative aux CLIC et aux réseaux de soins gérontologiques. Nous nous sommes aperçus que la coordination ne peut se décréter même si elle est formalisée et financée.

Qui plus est, s'il est vrai que des besoins sont nombreux et très divers (du transport, au confort du logement en passant par la santé), les personnes âgées sont, pour beaucoup d'entre elles, prêtes à renoncer à leur satisfaction si cela doit entraîner des modifications importantes de leur mode de vie.

Le canton, constitué de dix communes, est une dimension politique à «taille humaine » qui permet de légitimer ce noyau dur du territoire comme champ d'action, même si toute construction de territoire génère des problèmes de frontières. Ainsi, deux communes limitrophes seront incluses dans notre champ d'action car elles répondent aux spécificités de notre territoire et partagent nos objectifs que je vais expliciter maintenant. En annexe 2, est présenté le réseau gérontologique cantonal.

## 3.1.2 Description et fonctionnement du réseau

Dans un premier temps, dans ce territoire où il existe quatorze sociétés de chasse et quatre associations de pétanque, il a fallu que je repère tous les acteurs à mobiliser qui sont extrêmement divers, analyser les intérêts de chacun et les modes de participation au réseau afin de créer une synergie, « une action coordonnée de plusieurs éléments »<sup>54</sup>. La plupart des acteurs étaient sensibilisés mais le changement ne se décrète pas sur le papier, j'ai dû communiquer, informer, écouter lors de multiples réunions préparatoires car il n'était pas simple de regrouper tout le monde : Pour le monde médical, il est compliqué de travailler avec des non soignants voire avec des bénévoles sur des domaines de la vie sociale ou de vie quotidienne. De même, pour les services de soutien à domicile, il est difficile d'éviter les questions liées à la concurrence, d'intégrer l'hébergement. Heureusement, je me suis appuyé sur les coordinations existantes qui font déjà un travail remarquable.

Après de multiples discussions, nous avons convenu que nous nous trouvions bien souvent devant une absence de cohérence dans nos diverses interventions plutôt que devant une insuffisance réelle de moyens – enfin, du moins pour le moment, une méconnaissance des moyens dont nous disposions et de leurs utilisations à bon escient, et que nous oublions parfois le respect des désirs réels de la personne âgée accompagnée. Dès le constat de l'insatisfaction de l'usager, il y a création d'un objectif à prendre en compte.

Devant la multiplicité des intervenants dépourvus d'appréhension globale, il est donc nécessaire de concevoir un processus de régulation qui propose à la personne âgée et à sa famille un choix de solutions compatibles avec son état de santé, sa situation socio-économique et leurs évolutions tout en respectant la décision de la personne.

Ce réseau doit combattre les effets filières qui poussent des personnes âgées à l'hôpital pour des problèmes sociaux et inversement maintiennent à domicile des personnes dénutries, gravement malades pour lesquelles le retard de prise en charge se traduira par des souffrances voire le décès.

La plus grande difficulté fut de réunir tous les acteurs autour d'une même table. Comme je souhaitais une attitude très relationnelle et basée sur l'échange des participants, reconnaissant les compétences de chacun, dans un système souple et peu organisé quant au délai, la définition des objectifs, j'ai privilégié un management participatif pour mobiliser tous les acteurs et les motiver à ce projet, qu'ils aient tous cette volonté d'investissement et d'énergie pour aboutir à une certaine autonomie pour la mise en place d'objectifs partagés.

Les acteurs du réseau, qui interviennent, sont les suivants :

-

<sup>&</sup>lt;sup>54</sup> Dictionnaire Le Grand Robert, 1990, p.108

acteurs	Membres actifs	Partenaires réguliers	Partenaires ponctuels
Médecins généralistes	Х		
Médecins spécialisés			Х
Infirmières libérales	Х		
Kinésithérapeutes	Х		
Pharmaciens	Х		
Autres para-médicaux			х
Travailleurs sociaux	х		
Associations d'aide à	х		
domicile			
SSIAD	X		
Instance de	X		
coordination géronto.			
Portage de repas	Х		
Unités mobiles de		Х	
soin			
EHPAD	Х		
Etablissements de			Х
santé			
Communauté de		Х	
communes			
Conseil		Х	
Général/DDASS			
Familles	х		
Personnes âgées	х		
Personnes	х		
handicapés			
SAVS/SAMSAH			Х
Associations diverses		х	
Curé		х	
Bénévoles		х	

D'abord, nous avons convenu que les attentes des personnes âgées portent autant sur les caractéristiques de la prise en charge non professionnelle, les possibilités de densifier l'offre professionnelle ou le soutien des aidants informels. Le désir d'autonomie de la personne âgée ne doit pas être un vain mot : ne pas dépendre d'un tiers, ne pas être à la charge d'autrui suppose d'abord de préserver les ressources d'autonomie individuelles.

Avant de définir des missions et des objectifs pour ce nouveau réseau, je suis allé visiter un site en Limousin, pour étudier son fonctionnement et trouver des sources d'inspiration, l'Association de coordination des Actions en Faveur des Personnes Agées de Châlus en Haute-Vienne, créée en 1982 (faisant suite à la circulaire Franceschi <sup>55</sup>), CLIC expérimental en 2000 et qui gère un service coordonné d'accompagnement des personnes âgées, le SCAPA.

Après concertation de tous les participants, un plan d'intervention comportant trois grands objectifs s'est dessiné et adopté :

-1<sup>er</sup> objectif : Le maintien à domicile par des mesures préventives qui visent le domaine de l'évitable

Tous les acteurs locaux sont impliqués pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi voire l'adaptation d'un projet d'accompagnement individualisé et c'est le médecin généraliste qui réunit autour de lui les intervenants susceptibles de participer afin d'évaluer les besoins et d'ébaucher un projet. Il ne m'a pas été facile de convaincre les médecins, faute de rémunération pour le temps passé, et devant un manque de temps avéré.

Ensuite, ce projet d'accompagnement est transmis à la coordonnatrice de l'instance qui répartit en fonction du champ (sanitaire, social, habitat, transport), par type d'acteur (libéraux, EHPAD, Hôpital), par destinataires (les personnes âgées, les aidants, les professionnels, les bénévoles) et m'en transmet un exemplaire pour une « traçabilité ».

- Entretenir les capacités restantes et développer les potentialités, stimuler, inciter la personne à faire et à vouloir, maintenir des relations sur l'extérieur (tous les acteurs);
- Surveiller la personne lorsqu'elle peut encore accomplir certaines tâches, faire faire plutôt que faire à la place (employé de maison, aide ménagère, famille...);
- Apprendre à faire en modifiant la technique (kinésithérapeute, ergothérapeute...) ou en s'aidant de matériels adaptés (aides techniques).

Les besoins et les choix sont réévalués périodiquement et le projet est adapté suivant l'évolution de la personne, tout évènement inopiné pouvant modifier la situation de la personne accompagnée, et déclenchera l'intervention de la coordonnatrice de l'Instance.

Ces objectifs préventifs sont :

.

<sup>&</sup>lt;sup>55</sup> Circulaire du 7 avril 1982 de Joseph Francesci

Toutefois, je ne veux pas que les personnes âgées se retrouvent enfermées dans un carcan de procédures, qu'elles soient prises dans des dénominations, dans des étiquettes, en ce sens que l'identité du sujet n'est plus celle qu'elle se reconnaît mais celle qu'on lui délivre de l'extérieur.

J'ai mis en place, avec tous les acteurs, des fiches de liaison pour une bonne gestion de l'information (domicile/EHPAD, Domicile/Hôpital, EHPAD/Hôpital, Hôpital/domicile, Hôpital/EHPAD ...). Ce mode de fonctionnement existait déjà avec les moyens du bord. Une estime réciproque entre les professionnels du pays, l'échange téléphonique facile, un simple cahier de brouillon devenaient l'organe de transmission capable d'entretenir une certaine cohésion... Ayant plusieurs « casquettes », j'ai pu favoriser ainsi les démarches d'élaboration d'outils communs.

<u>2<sup>ème</sup> objectif</u>: Le soutien à domicile le plus longtemps possible par des mesures curatives qui visent le domaine du réversible

Comme je l'ai souligné à plusieurs reprises, la volonté la plus souvent exprimée par les personnes âgées est de rester chez elles, aussi il faut inventer de nouvelles interventions de professionnel afin de prévenir la dépendance autant que faire se peut. Nous devons avoir un souci de la diversification de l'offre eu égard aux attentes de la population âgée avec le développement des pathologies du grand âge et les conséquences des détériorations intellectuelles.

Nous sommes dans le champ de compétences partagées et formalisées des équipes médico-sociales de l'APA, des services de soins infirmiers à domicile, des infirmières libérales, de l'Instance gérontologique cantonal qui va obtenir le label 3 (label 2 plus mission de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé).

Ces objectifs curatifs innovants se feront par :

- l'appel à des orthophonistes, des ergothérapeutes pour une meilleure rééducation à domicile ou à l'EHPAD, pour un meilleur aménagement de l'environnement que ce soit l'adaptation de l'habitat, les aides techniques;
- l'appel à un gériatre, un psychologue ou un psychiatre pour favoriser l'expression de l'angoisse, désamorcer l'agressivité, régler des conflits avec les proches ou les professionnels tout en garantissant l'autonomie décisionnelle, prévenir tout risque de maltraitance.

Je suis conscient toutefois que nous allons rencontrer des difficultés importantes pour la mise en place de ce second objectif par l'absence voire la carence de tels professionnels sur notre territoire et même au-delà.

Ainsi, nous venons d'apprendre que le SSIAD d'Eygurande ne bénéficiera pas d'une extension de places et de son financement alors qu'il est actuellement à saturation, et ce, malgré les préconisations du rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » du Centre d'Analyse Stratégiques et du Plan Solidarité – Grand Age qui prévoyait une augmentation de 40% de place en SSIAD en 5 ans, soit 6000 places chaque année <sup>56</sup>.

J'ai, pour ces raisons, pris contact avec le Centre Hospitalier voisin d'Ussel pour la création d'un réseau gériatrique et d'une équipe gérontologique mobile permettant de créer ou renforcer des compétences indispensables en gériatrie et absente sur notre canton (ergothérapeute, diététicien, psycholoque, psychiatre, psychomotricien), faute de moyens suffisants ou parce que, isolément, chaque institution ou services n'atteint pas la taille critique suffisante pour un équilibre financier. Cette équipe pluridisciplinaire doit développer une fonction d'évaluation gérontologique avec un volet médical (évaluation fonctionnelle, cognitive, nutritionnelle...) dont la synthèse sera transmise au médecin traitant, un volet social avec des évaluations des conditions de vie à domicile et des ressources de l'environnement assuré par un travailleur social, et qui seraient menées en évaluations complémentarité avec les réalisée par l'équipe médico-sociale départementale dans le cadre de l'APA. Cela sera une véritable contribution au maintien à domicile.

Le directeur du Centre Hospitalier a adhéré très rapidement à ce projet mais il a voulu l'étendre à l'arrondissement car il correspond sensiblement au territoire de pôle hospitalier de proximité du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS). Le SROS 3<sup>ème</sup> génération a créé un nouveau découpage territorial qui se substitue aux secteurs sanitaires. Cette nouvelle approche, définie dans la circulaire relative à l'élaboration des SROS 3<sup>7</sup>, doit permettre d'organiser l'offre de soins de la façon la plus rationnelle possible et en tenant compte des particularités du territoire. Un dossier de financement va être déposé auprès de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Limousin et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie qui gèrent la dotation régionale de développement des réseaux de soins. Si le financement sollicité est obtenu, une association sera alors effectivement créée pour constituer et gérer ce réseau spécifique. Un fond de roulement existe déjà car une partie des ressources du CLIC de Haute-Corrèze sera affectée pour la mise en route de ce projet, l'autre partie étant répartie au prorata des habitants à chaque instance cantonale de gérontologie adhérente.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>56</sup> Plan Solidarité - Grand âge, présenté par M. BAS Philippe, 27 juin 2006

De même, je me suis rapproché du directeur du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande pour adjoindre sur notre canton une équipe du secteur psychiatrique afin qu'elle assure des visites à domicile. Cela existe déjà en EHPAD, pour des placements d'urgence ponctuels et de courte durée ou intra muros afin de stabiliser une thérapeutique, mais sans une réelle formalisation, avec des interventions au cas par cas. Il m'a été très difficile de faire accepter cet objectif auprès de certains acteurs (famille, aidant non soignant) car les comportements agressifs (cris, récriminations, violences) ou dépressifs et régressifs (pleurs, plaintes) des personnes âgées les questionnaient sur leur bonne pratique, sur les efforts pour normaliser des pratiques quotidiennes d'accompagnement aux personnes dépendantes. Ils y voyaient là une faillite personnelle d'aide avec l'intrusion de personnes qui «s'occupent des fous ». Je pense qu'il faudra un temps de maturation nécessaire pour que les divers partenaires « s'apprivoisent », se comprennent et arrivent à un consensus acceptable pour tous. Il est très difficile pour des salariés du secteur psychiatrique de voir des collègues suivre et accompagner leur parent ou pour d'anciens retraités de cette structure, d'être pris en charge par ce type de personnel.

<u>3ème</u> objectif: La préparation de l'entrée en institution lorsque celle-ci devient inévitable, l'aide aux aidants et soins palliatifs. Je parlerai du rôle de l' EHPAD, par la mise en place d'accueils alternatifs dans un chapitre suivant.

## Le fonctionnement du dispositif :

Un grand sujet de débat des différents acteurs furent les modalités d'entrée pour les bénéficiaires dans le réseau : quelle barrière d'âge devions-nous fixer ? Certains optaient pour 75 ans en considérant qu'à partir de cet âge les problèmes se complexifiaient le plus souvent, d'autres pour 60 ans, la condition d'âge pour bénéficier de l'APA, comme auparavant pour la PSD.

Cependant, un consensus s'est dégagé et il a été convenu que c'était plus l'intrication de problèmes sanitaires, sociaux et psychologiques qui constitue le motif de recours au réseau et ce quel que soit l'âge de l'état civil. Ayant eu vent de mon projet, je fus contacté par mon collègue dirigeant le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de Haute-Corrèze qui était fortement intéressé par notre démarche et souhaitait que certains adultes handicapés vieillissants puissent bénéficier de ce réseau. Cela va dans le sens du premier rapport annuel de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie de 2006 où

--

<sup>&</sup>lt;sup>57</sup> Circulaire 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération

l'on trouve ces lignes : « Il est donc urgent, compte tenu de l'horizon 2010 fixé par la loi, (chacun devrait obtenir une réponse à ses besoins, quels que soient son âge et l'origine de sa situation de handicap), de s'interroger sur les voies et moyens d'une évolution des dispositions législatives (...) Cela de manière à réussir un accompagnement harmonieux de toute personne en perte d'autonomie, quel que soit son âge »<sup>58</sup>. Le réseau est aussi le partage d'opportunités stratégiques de certains partenaires et cela m'a conforté dans ma vision d'une interprofessionnalité 59 nécessaire en gérontologie.

Après délibération, il a été décidé de ne pas mettre de barrière d'âge, la demande d'entrée émanant de la personne âgée et/ou handicapée elle-même, de sa famille, ou à défaut d'un intervenant à domicile, d'un travailleur social, d'un médecin ou de l'EHPAD. L'admission est conditionnée à l'accord de la personne concernée et en cas de difficulté d'obtention du consentement éclairé en cas de troubles cognitifs graves, à celui d'un membre de la famille ou à celui du tuteur s'il y a lieu.

Afin de prévenir les ruptures de vie des personnes âgées, nous avons recherché les motifs les plus fréquents qui conduisaient à l'hospitalisation ou à l'institutionnalisation non désirée. Nous avons dégagé des critères qui peuvent servir de support à des actions concrètes et faciliter le travail des professionnels :

- l'isolement social et géographique,
- les relations socio-affectives perturbées,
- la fatique des aidants,
- un logement inadapté
- plus de deux chutes dans les six derniers mois ou problèmes d'équilibre
- plus de cinq médicaments et usage de sédatifs
- une insuffisance cardiaque
- une dénutrition

des problèmes sensoriels

Plutôt que de s'éparpiller dans tous les domaines et pour ne pas mener trop de chantiers de front, nous avons décidé de prioriser quelques champs avec des référents différents et de concrétiser des actions phares :

n°27, p8

<sup>&</sup>lt;sup>58</sup> Cité par CUNIN JC, Convergence personnes âgées/personnes handicapées, Cahier Cleirppa

<sup>&</sup>lt;sup>59</sup> J'utilise ce néologisme en référence au livre *Interprofessionnalité en Gérontologie* de MANIERE D, AUBERT M, MOUREY F, OUATA S, Erès, 2005

- Le champ de l'habitat avec deux aspects, une condition minimum de confort et l'adaptation à tous les handicaps, sous la gouvernance de l'Instance de Gérontologie.
- Le champ de la mobilisation du lien social avec l'aide du club de troisième âge et les bénévoles en favorisant les services culturels, sportifs et intergénérationnels.
- Le champ du transport
- Le champ de l'aide aux aidants et la prise en charge de l'urgence.

Ces deux derniers champs seront intégrés dans mon projet institutionnel que je défendrais lors du renouvellement de ma convention tripartite le 1<sup>er</sup> octobre 2007.

Ces lignes de force sont le reflet des priorités des membres du groupe et ce diagnostic a permis, à partir d'expériences concrètes, de dégager des envies d'agir ensemble que je vais maintenant expliciter.

## 3.1.3 La mise en place d'actions ciblées

## - Le champ de l'habitat :

I

Je ne m'étendrai pas longuement sur cette action car j'ai délégué rapidement à la coordonnatrice de l'Instance la mission de répertorier les habitats avec un confort minimum par des visites de convivialité ainsi que ceux des nouveaux bénéficiaires de l'APA En 2001, la circulaire du ministère de l'Emploi et de la solidarité portant sur la création des CLIC insistait sur la nécessité de situer l'action des «professionnels de l'habitat » face aux évolutions sociales et technologiques, dans des démarches qui placent l'environnement matériel et du logement au cœur de la problématique du maintien à domicile. Aujourd'hui, nous sommes passés, dans la majorité des cas rencontrés sur le terrain, de la réhabilitation à l'adaptation, d'ailleurs intégrée dans le plan d'aide de l'APA. C'est ainsi que nous faisons appel à des partenaires spécialisés tels le Centre d'information et de conseil sur les aides techniques de la Corrèze (CIDRAT 19) où un ergothérapeute, qui se déplace, est en mesure de faire les préconisations nécessaires pour adapter l'habitat, les conseillers en habitat du PACT ARIM<sup>60</sup> pour un diagnostic accessibilité, des missions techniques pour l'adaptation du logement et l'organisation de l'exécution des travaux et une mission administrative ayant trait à la recherche des aides financières et à la constitution des dossiers de financement. Pourront être sollicités des subventions de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat, du conseil général,

<sup>&</sup>lt;sup>60</sup> PACT signifie Protection/Amélioration/Conservation/Transformation et ARIM : Association de Restauration Immobilière

des caisses de retraite principale et complémentaire, mais aussi un prêt à taux préférentiel sous condition de ressource.

Toutefois, travailler dans le champ de l'habitat nécessite une grande diplomatie, car comme je le soulignais dans ma partie précédente, s'ils tiennent plus que tout à vivre dans leur maison, les personnes âgées ne sont pas pour autant préparés à voir leur espace intime changer. Il faut comprendre ainsi que la réticence acharnée de la vieille dame à retirer la baignoire de sa salle de bain où elle a chuté est dictée par un autre impératif que celui de son bien-être immédiat, c'est celui de pouvoir continuer à héberger lors des vacances ses petits-enfants. Ses enfants voudront-ils continuer à les lui confier ? Face à ce dilemme, que privilégier ? Ce n'est qu'avec de l'écoute et du temps passé que l'on pourra soumettre un conseil. Nous devons avoir toujours le souci de concevoir des actions qui facilitent le lien social.

Il est nécessaire enfin de reconnaître les personnes âgées comme des habitants à part entière, partie prenante de la vie de la communauté et de la nécessité de favoriser leur expression collective et leur participation individuelle. Dominique Argoud souligne l'importance pour des aînés de pouvoir se représenter comme faisant partie d'un espace collectif et de créer des passerelles entre espace public et espace privé, y compris en faisant venir l'extérieur au domicile, par le biais d'internet et des courriers électroniques notamment, l'accès aux nouvelles chaînes de la télévision, ce qui n'est pas toujours possible sur notre canton.

Mais compte tenu de l'isolement géographique, un bon soutien à domicile implique surtout une accessibilité accrue à l'espace public cantonal,

## - Le champ du transport :

Comme je l'ai souligné dans mes constats, compte tenu de la situation géographique de notre canton très vaste et dépeuplé, une des entraves au maintien à domicile est le manque de moyens de transport pour les aînés. Nous nous sommes appuyés sur un rapport commandé par la DATAR du Limousin<sup>61</sup>, « services à la demande et transports innovants en milieu rural » qui souligne que la mobilité est un élément majeur de l'insertion économique et sociale des individus. Les principales alternatives au déplacement des personnes consistent à déplacer les services et non les personnes (portage des repas déjà existant, bibliobus) mais nous nous heurtons à la disparition des commerçants malgré des incitations financières à l'installation de la part du département et des chambres de commerce.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>61</sup> Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale, rapport de novembre 2004

La difficulté de notre démarche est de trouver des réponses collectives les mieux adaptées à une demande qui reste très individualisée, la question fondamentale étant comment permettre l'accès de tous (personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes) à la mobilité, dans des conditions économiques supportables pour les ménages et pour la collectivité et équitables pour les professionnels, au premier chef les taxis qui veulent garder un certain monopole (concurrence, tarification de la prestation).

Cela concerne des personnes âgées (surtout des femmes de plus de 70 ans), des personnes à vue déficiente, des personnes handicapées qui ne possèdent pas de voiture ou n'ayant pas le permis et de faibles revenus. J'ai participé à plusieurs réunions départementales, dans un groupe de travail, sur le thème du «transport des seniors », où une enquête réalisée auprès des instances de coordination gérontologique du département, CCAS et EHPAD, en 2005, faisait ressortir des besoins que l'on retrouve en majorité sur notre canton:

- les consultations chez les médecins spécialistes
- la participation en tant que citoyen à la vie locale (coiffeur, amis, cimetière...)
- l'aide aux courses
- la préservation du lien social (sortie, échange inter établissement, voyages...)
- le transport vers les structures d'accueil de jour

Nous avons décidé, dans un premier temps, de mettre en place un transport à la demande, tout en ayant conscience de la difficulté du taux de remplissage en cas d'horaires libres et des risques d'abus par la facturation de courses fictives par les taxis, et ce, les jours de marché et de foire. L'Instance de Coordination prend en charge la moitié des frais de transport. Depuis une année d'existence, nous constatons que seules sept personnes utilisent cette nouvelle prestation car il reste une charge à payer non négligeable pour le bénéficiaire.

Une autre solution pourrait être la mise en place de chèque transport comme l'a examiné le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales n°2004153 du 1<sup>er</sup> octobre 2004<sup>62</sup> mais la question n'est pas encore tranchée dans notre département sur le choix du type de chèque, les zones concernées bien que nous soyons en zone de revitalisation rurale (ZRR), les bénéficiaires, le financement.

Aussi, après concertation avec les différents acteurs, nous avons décidé de faire l'acquisition d'un véhicule de 9 places et accessible aux handicapés, pour un montant de

<sup>&</sup>lt;sup>62</sup> Rapport « Favoriser l'accès aux transports en zones rurales : Promouvoir un chèque transport »

42000€ financé en partie par le Conseil Cénéral de la Corrèze et la communauté de communes du pays d'Eygurande, mis à disposition de l'Instance de Gérontologie et de l'EHPAD (immatriculé et assuré par nos soins). De plus, le directeur du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de Haute-Corrèze participe à cet action, il a constaté que beaucoup de ses usagers refusaient la discrimination et la stigmatisation en empruntant des véhicules affichant leur handicap, la Maison Départementale des Personnes Handicapées ayant mis en place sur le département un transport siglé « Handi'mobile ». Le véhicule est stationné dans un garage disponible de l'EHPAD et la secrétaire de l'établissement établit un planning par semaine pour son utilisation entre les différents partenaires. Nous n'avons pas le recul nécessaire pour évaluer cet objectif mis en place début juillet et nous attendons les assises sur le transport, fin septembre 2007, au Conseil Général de la Corrèze pour établir un premier bilan. La flexibilité de ce réseau implique de nouvelles solidarités spontanément vécues, et comme le remarque Edgar Morin « une organisation qui n'aurait que des libertés, et très peu d'ordre, se désintégrerait à moins qu'il y ait en complément de cette liberté une solidarité profonde entre ses membres »63.

Nos réflexions ont permis sur le terrain une convergence de vue entre le monde des personnes âgées et celles des handicapées.

Enfin, avec le soutien de l'association du 3<sup>ème</sup> âge et de nombreux bénévoles, nous avons organisé, pour consolider le lien social, des transports spécifiques où des bénévoles, par commune ou village, sont référents et partagent leur véhicule personnel pour des animations, faire des courses. De même, nous sommes en train de mettre en place des réunions de convivialité intergénérationnelles, avec l'association cantonale des familles rurales qui se propose de transporter les aînés désireux d'y participer. Réactiver le lien social entre génération est une priorité de notre réseau et ce, conformément à l'une des orientations du schéma départemental de gérontologie de la Corrèze.

Comme nous pouvons le constater, ces premières actions n'ont rien de révolutionnaire mais elles ont permis de créer un ciment entre des personnes de bonnes volontés et de relancer une dynamique entre des professionnels qui ne se connaissaient pas. Ainsi, j'étais particulièrement ignorant sur les mesures concernant les politiques de l'habitat et je n'avais que peu de relation avec mon collègue du SAVS.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>63</sup> MORIN E, *Introduction à la pensée complexe*, Seuil essai, p. 124

Toutefois, ce réseau reste fragilisé par des évènements brusques (accident de santé et de vie) ou progressifs (détérioration de l'état de santé psychique), l'hospitalisation du sujet âgé en urgence suite à une chute, à un accident vasculaire cérébral ou une dégradation brutale de l'état général devient le moment critique. Cette préoccupation est exprimée de façon conjointe par les personnes vieillissantes, les familles et les professionnels de se retrouver dans une spirale de l'urgence et de se voir ainsi imposer des solutions que les personnes n'auront pas choisies. Certains membres du réseau et en particulier les soignants émettent l'opinion, quand le maintien à domicile devient difficile, qu'il est du rôle de l'aidant, surtout s'il n'est pas impliqué affectivement, d'aider la personne dépendante à se préparer à une entrée dans un établissement.

Aussi, je vais m'intéresser au rôle pivot que peut jouer l'EHPAD que je dirige dans ce réseau gérontologique de proximité.

# 3.2 L'EHPAD, tête du réseau pour prévenir les ruptures de vie

Dans la synthèse du rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », une des grandes orientations est de « promouvoir le développement d'une offre intégrée autour des établissements d'hébergement »<sup>64</sup> .C'est dans cette logique que l'EHPAD « Résidence le Parc » a été choisi par les élus cantonaux comme noyau dur du réseau dans un lieu unique, identifié dans le canton par les personnes âgées, ouvert 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, ce qui permet une permanence d'écoute et d'action. D'ailleurs, il n'y a eu aucune réticence de la part des autres partenaires. Depuis deux années déjà, l'EHPAD reçoit les appels concernant l'Instance de Gérontologie pendant les périodes de vacances de la coordonnatrice, ainsi que ceux de Corrèze téléassistance en cas d'absence de réponses de la part des familles. Cela démontre l'intérêt implicite pour chaque partenaire de se regrouper.

## 3.2.1 Une culture du réseau déjà ancienne

Depuis son ouverture en 1988, l'établissement a toujours été ouvert vers l'extérieur de part sa petite taille et sa situation centrale dans le village d'Eygurande. «Récente, de plain-pied, animée et familiale, cette jolie petite structure, au centre du bourg, a tout d'une grande : modernité, espace de déambulation, salle de jeux, de repos, d'animation (...) Le personnel, gentil, disponible, connaît bien la trentaine de résidants »<sup>65</sup>.

Nous nous efforçons de casser l'image négative que renvoient les maisons de retraite - lieu d'enfermement, de mouroir pour certains - par de la communication, la mise en place

<sup>64</sup> Op. cit, p 6

<sup>&</sup>lt;sup>65</sup> Le Guide des Maisons de retraite en France, Guide du Carquois, Hachette, 2005, p 215

de rencontres intergénérationnelles. Nous avons, ainsi, mis en place un atelier peinture où sont conviés les enfants de la maternelle (à l'époque, certains parents d'élèves étaient réticents de crainte de risques infectieux...), des après midis jeux et poésie avec les collégiens, des spectacles avec la participation des familles et du club du 3<sup>ème</sup> âge, « souvenirs d'antan ».

Depuis son ouverture, nous acceptons dans notre structure des retraités de L' ESAT voisin, qui avaient le désir de « se poser » et souhaitaient finir leurs jours sur le canton qui les avait accueilli, n'ayant plus aucune famille proche. C'était aussi une reconnaissance par la population de leur parfaite intégration. Qui plus est, cette population jeune nous a amené à réfléchir, très tôt, sur un accompagnement plus spécifique (la sexualité, l'animation, l'acquisition de jardins) Une convention avait été passée, dès 1990, avec la direction du foyer d'hébergement où un éducateur spécialisé poursuivait mensuellement un suivi individualisé au sein de notre établissement. Ce fut notre premier partenariat inter établissement.

Lors de médicalisation en 1999, j'avais répondu à un appel à projet de la Fondation de France sur le droit aux choix et droit aux risques. Au regard de notre projet institutionnel, nous avons été conviés à intégrer un groupe de travail. Cela nous a permis de rencontrer des professionnels et de confronter les pratiques professionnelles dans le but d'améliorer l'accompagnement de nos résidents. C'est lors de ces échanges que l'infirmière coordonnatrice de l'établissement s'est vu proposer de participer à un groupe de travail de la Fondation Médéric Alzheimer (créée en 1999 par le groupe Médéric, reconnue d'utilité publique, elle a fait de l'aide aux aidants institutionnels et familiaux son engagement).

Cette reconnaissance nationale a permis de motiver le personnel ce qui a facilité notre démarche pour l'élaboration de notre première convention tripartie, signée le 1<sup>er</sup> novembre 2002 afin d'obtenir des moyens supplémentaires adaptés. Pour se faire, nous avons utilisé un outil d'auto évaluation désigné par le Ministère, le guide ANGELIQUE <sup>66</sup>. L'auto évaluation, réalisée en 2002, en associant tout le personnel, des représentants des familles et gérants de tutelle, des résidents me semblait incontournable pour permettre de valider les points forts et les points faibles de l'établissement. Ce qui en était ressorti alors:

- Des points forts

<sup>&</sup>lt;sup>66</sup> Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la qualité pour les Usagers de l'Etablissement

La qualité des espaces (chambre individuelle, établissement de plain-pied, jardin thérapeutique, zone de déambulation pour les déments) permettait aux personnes âgées dépendantes accueillies de trouver un véritable lieu de vie, préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage, de maintenir du lien social (plusieurs lieux de vie), un lieu de prévention et de soins, adapté à la prise en charge de la dépendance en conciliant liberté et sécurité. Durant les cinq ans écoulés, nous avons de plus réhabilité la salle de restauration et le salon de télévision avec du mobilier plus adapté au vieillissement (fauteuil de repos par exemple), créé une chambre d'accueil pour les familles, acquis d'un nouveau système d'appel malade type collier.

La prise en compte du désir du résident de finir ses vieux jours sur le canton a été entendue par la mise en place de procédures pour l'accompagnement de fin de vie par une convention passée avec l'unité mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Tulle, des formations intra muros sur la prévention de la maltraitance, l'accompagnement psychologique par un professionnel des résidents et des familles ainsi que du personnel par des groupes de paroles et d'analyse des pratiques.

Le projet institutionnel, le règlement intérieur, le contrat de séjour et le livret d'accueil existaient déjà même s'il faut les réactualiser régulièrement. Il en est de même pour le dossier de soins et des nombreux protocoles écrits (dénutrition, déshydratation, prévention des escarres, des chutes, le recours très strict à la contention).

#### - Des points faibles :

L'absence pour le personnel de formation diplômante était une grande entrave pour sa satisfaction dans sa pratique professionnelle et nous connaissions alors une fuite du personnel qualifié vers des structures voisines du fait du peu d'attrait de la grille indiciaire de la Fonction Publique Territoriale. Le changement de statut le 1<sup>er</sup> janvier 2007 a permis de juguler cette situation alarmante.

Nous constatons l'entrée, de plus en plus fréquemment, de nombreux résidents en « urgence » et le manque de préparation à cette entrée en institution notamment pour les personnes désorientées (ce qui va à l'encontre de notre projet institutionnel), le désarroi et l'usure des familles face à l'augmentation de la dépendance et l'aggravation des pathologies.

Chaque année, lors du dépôt du budget primitif prévisionnel aux autorités de tarification, nous produisons un rapport annuel de l'avancement des engagements pris lors de la signature de la convention tripartite et suivant un échéancier financier prévisionnel sur cinq ans.

L'inscription dans un réseau gérontologique était balbutiante ou peu formalisée. Seule ma participation à l'Instance de Gérontologie me permettait de côtoyer les acteurs du soutien à domicile.

Depuis, nous avons signé une convention avec l'Institut de Formation de Soins Infirmiers du centre hospitalier d'Ussel et l'établissement est terrain de stage et de validation pour les élèves infirmiers et aides soignants. Nous accueillons en moyenne quatorze élèves sur une année. Cela a permis de faire connaître l'établissement, ses pratiques, sa philosophie à des élèves et leurs remarques nous sont précieuses. Cette évaluation extérieure nous oblige à nous questionner, à douter ce qui est vital pour progresser.

C'est pourquoi, à l'occasion du renouvellement de la convention tripartite, je souhaite lors de la négociation avec les autorités de tarification apporter des réponses concrètes de la participation de l'EHPAD dans un réseau gérontologique.

# 3.2.2 Le renouvellement de la convention tripartite pour inventer l'EHPAD de demain qui s'inscrit dans le réseau de proximité

Compte tenu de la liste d'attente importante de l'institution et de l'aggravation de l'état de dépendance des solliciteurs, la mise en place du réseau de proximité - afin de faciliter la coopération entre les différents acteurs - et d'une filière gériatrique offrent déjà un panel de ressources adapté aux besoins des personnes âgées et de leur famille mais cela ne suffit pas. Il faut absolument éviter les ruptures de prise en charge entre le domicile et l'EHPAD en développant des modes d'accueils alternatifs à l'hébergement traditionnel, que le schéma départemental gérontologique appelle « à imaginer et à construire » ou en proposant des modes de prise en charge à domicile innovants.

Le directeur est celui qui imprime une direction, un sens à son établissement. Il remplit la fonction de direction, en tant qu'élément moteur, animateur d'une structure avec les orientations données par un échelon supérieur et les politiques sociales. Il est celui qui observe l'environnement en prévision du futur. «Le manager n'est pas seulement le gestionnaire d'entreprise capable de jouer avec l'environnement et les acteurs sociaux, avec les finances et les règles de l'économie. Il est aussi un leader, c'est-à-dire un moteur, un entraîneur dynamique, parce qu'il conduit son organisme, son établissement, son institution vers un avenir, parce qu'il est porteur d'un projet qui ouvre des perspectives dans le champ du possible. »<sup>67</sup>

Le renouvellement de la convention tripartite, dont une des priorités sont les actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes, est le moment

.

<sup>&</sup>lt;sup>67</sup> MIRAMON JM, COUET D, PATURET JB, *Le métier de directeur- techniques et fictions,* ENSP,1992, p 68

opportun pour proposer une palette de services qui sont autant de solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement, que je vais présenter maintenant.

Après une enquête effectuée auprès des personnes âgées du canton en 2006, nous nous sommes aperçus que leur crainte principale était l'hospitalisation, que l'image de l'EHPAD était très positive tant sur la qualité des soins que de l'accueil, que l'accueil temporaire était bien perçu excepté l'accueil de jour. Je dois reconnaître que j'ai été surpris de cette réponse car j'étais convaincu – ou plutôt je m'étais convaincu – que cette offre de prise en charge, permettant l'accueil des personnes âgées à la journée, répondait à leurs souhaits. En fait, ce qu'ils souhaitent, si accueil il y a, c'est un accueil de nuit. Les maux du jour sont bien entendu aussi les maux de la nuit, majorés par l'angoisse, l'isolement, la fatigue, l'absence d'accompagnant. L'environnement nocturne peut évoquer un lien direct avec la mort: la position allongée dans un espace dont on ne peut sortir seul si on est dépendant, un drap qui peut évoquer le linceul, le silence. La peur de ne pas se réveiller peut conduire à un état de veille. Pour les aidants naturels, la nuit est aussi porteuse d'un contexte particulier : l'angoisse est présente, la charge que génèrent les troubles de la nuit, les réveils répétés, la crainte qu'il arrive quelque chose alors qu'on dort participent fortement à l'épuisement. Plus de la moitié des appels parvenant à Corrèze téléassistance interviennent la nuit. Sur 100 appels, 4 correspondent à des demandes d'urgence, 37 à des demandes non urgentes (vérification de l'installation, besoin de repères spatiotemporels), 9 sont des demandes d'échange ou de discussion, 50 sont des déclenchements intempestifs<sup>68</sup>. Si la téléassistance est un des maillons qui permet le maintien à domicile, elle ne remplace aucunement les acteurs de terrain.

#### - Le projet de garde itinérante de nuit :

Pour mettre en place ce projet, nous avons décidé de mutualiser les moyens avec le SSIAD d'Eygurande. Les locaux sont mis à disposition par l'EHPAD qui prendra en charge le surcoût des dépenses ainsi que l'acquisition de trois portables. Durant la phase d'essai, nous utiliserons le véhicule mis à disposition du SSIAD (en effet, il reste garé sur le parking de l'Etablissement, la nuit).

Il est prévu l'embauche de 2.25 emploi temps plein pour un roulement mensuel prévu pour 3 agents. La qualification des agents demandés sera celle d'aide soignante ou d'aide médico psychologique, et ils devront être formés impérativement au travail de nuit et aux gestes d'urgence en gériatrie (le coût d'une telle formation, d'après un devis établi par la Croix-Rouge, s'établirait aux alentours de 3600€).

\_

<sup>&</sup>lt;sup>68</sup> Chiffres 2006 transmis par Corrèze téléassistance

Une enquête auprès des personnes âgées fait ressortir ce besoin mais nous avons tablé sur une moyenne de 7 visites par nuit pour un commencement.

Le budget prévisionnel se présente comme suit :

	Dépenses	
Groupe 1	Carburant, fournitures, frais de	
Achats	communication	3375.00
Groupe 2		
Dépenses de personnel	2.25 ETP 1 <sup>er</sup> échelon	64196.00
Formation		3600.00
Total		71171.00
	Recettes	
Abonnement	20€/mois x 7 usagers	1680.00
	Visites (250j /an) en semaine	
	= 10€ la visite d'une ½ heure sur la	35000.00
	base de deux visites par nuit	
Interventions programmées		
	Visites (115j/an) le week-end	
	= 12.5€ la visite d'une ½ heure sur	20125.00
	la base de deux visites par nuit	
	Visites en semaine d'une ½ heure	
	= 15€ la visite	7500.00
	Deux visites en moyenne par nuit	
Interventions urgentes		
	Visites le week-end d'une ½ heures	
	= 18.50€ la visite	42555.00
	Deux visites par nuit en moyenne	
Autres produits	Exonération ZRR charges <sup>69</sup>	4291.00
Total		71171.00

-

<sup>&</sup>lt;sup>69</sup> L'article 15 de la loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a créé une nouvelle exonération de cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations à certains organismes et associations dont le siège social est implanté dans une zone de revitalisation rurale (ZRR), dans la limite du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) majoré de 50%.

Ces interventions sont adressées à des personnes qui ne nécessitent pas une présence permanente, ou dont la présence permanente est assurée par la famille, qui bénéficieront ainsi d'une aide ponctuelle e/ou régulière. La garde itinérante doit être considéré comme une solution de répit et que les aidants naturels se sentent épaulés. Le rythme de vie et les besoins de la personne âgée doivent être respectées afin de permettre une meilleure qualité de vie à domicile

Le personnel intervenant doit être autonome, prendre des initiatives mais connaître ses limites et ne pas hésiter à appeler le médecin si un problème survient. Un cahier de transmissions reste au domicile de la personne prise en charge où les autres intervenants ont accès (infirmiers libéraux, service de soins infirmiers, médecin). Je pense que ce service peut réduire considérablement les ruptures de vie en augmentant le maintien à domicile plus longuement.

#### - <u>l'acquisition de trois logements type T2</u>:

Une opportunité se présente actuellement avec la vacance de trois logements de 53.80 m² qui se situent en face de l'EHPAD. Compte tenu du bon état des locaux et de demandes recensées de locataires potentiels soucieux de se rapprocher de l'institution, j'ai proposé au président de la communauté de communes d'en faire l'acquisition afin d'en deux en appartements accessibles et utilisables par des personnes handicapées. Les locataires pourraient ainsi bénéficier des services hôteliers de l'EHPAD (restauration, animations), tout en conservant leur autonomie dans des logements de plain pied qu'ils meublent et utilisent à leur guise. Les soins et autres interventions ménagères resteraient l'apanage des services extérieurs. Parallèlement, le troisième logement pourrait servir de « pôle gérontologique » qui abriterait les différents intervenants auprès des personnes âgées, le SSIAD, l'Instance de Coordination Gérontologique, les services d'aide à la personne. Nous disposerions alors d'un complexe qui regroupe l'ensemble des actions en faveur des personnes âgées, qui serait la concrétisation de notre réseau et favoriserait un travail partenarial intéressant entre les différents intervenants, l'axe directeur du projet étant de proposer sur le même lieu, en plein cœur de la ville, toutes les alternatives du maintien à domicile à l'hébergement collectif.

Le coût total de l'opération est estimé à 250.000€ Le financement se fera par l'emprunt car l'établissement dispose d'un fond de roulement d'investissement largement positif (trois excédents successifs ont été affectés à l'investissement) et un taux d'endettement nul. En fonction de notre projet d'établissement incluant cette action, nous espérons obtenir une aide du Conseil Général lors de la négociation de la convention tripartite.

Une forte demande des personnes âgées et des familles était et reste la mise en place d'un hébergement temporaire par l'EHPAD. Mais, nous nous heurtons au champ du possible : « On peut avoir élaboré un projet dont les besoins s'appuient sur des besoins soigneusement recensés, en fonction de ressources évaluées avec précision. On peut croire « maîtriser » tous les paramètres, humains et financiers, de la gestion. Bien malin pourtant qui pourrait prétendre atteindre à tout coup le cœur de cible ! » 70. Pour ce faire, nous devions faire l'acquisition de deux lots bâtis appartenant à des personnes privées pour construire une petite extension. Malgré le soutien des financeurs, des politiques, à l'heure actuelle, nous essuyons systématiquement des refus de vendre par les propriétaires. Pourtant, selon le schéma départemental gérontologique, « il serait nécessaire de permettre à chaque établissement de se doter d'au moins un lit d'hébergement temporaire médicalisé »

## 3.3 L'évaluation, l'étape ultime du projet

L'action sociale et médico-sociale se fondent sur l'évaluation continue des besoins et des attentes des usagers, en particulier les personnes handicapées et âgées. C'est une révolution importante apportée par la loi 2002-02, même si l'idée n'est pas nouvelle. L'évaluation permet de constater les écarts dans les résultats obtenus par rapport à des exigences (qu'elles soient normatives ou constituées de bonnes pratiques professionnelles) ou des objectifs fixés. L'écart ainsi détecté permet de vérifier la complexité des actions et des compétences requises pour les mener à bien. Cela permet de réfléchir, en équipe, sur le rôle et les tâches de chacun. « L'évaluation interne comporte nécessairement une phase d'apprentissage collectif et conduira la structure à s'interroger sur ce qu'elle fait, sur son organisation et son fonctionnement, les pratiques professionnelles, ses résultats »<sup>71</sup>

L'évaluation de notre établissement, lors du renouvellement de la convention tripartite, s'appuie sur l'outil ANGELIQUE. Il a pour finalité de mesurer, à intervalles réguliers, au moins tous les cinq ans, le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement s'est fixé. Le constat des écarts conduit à des actions correctives, et s'inscrit ainsi dans une démarche qualité. Elle apparaît comme une porte d'entrée dans un dispositif de formalisation,

\_

<sup>&</sup>lt;sup>70</sup> MIRAMON JM, Manager le changement dans l'action sociale, ENSP, 2001,p 65

<sup>&</sup>lt;sup>71</sup> SAVIGNAT P, *Evaluer les politiques sociales*, textes réunis par CAUQUIL G, LAFORE R, L'Harmattan, 2004, p 312

d'amélioration continue de l'activité et des prestations proposées, de leur mesure, de leur analyse et de leur appréciation.

L'évaluation, c'est la garantie que l'on doit au bénéficiaire. Ainsi, le libre choix s'effectue dans un cadre préétabli, il devient essentiel de bien analyser les conditions concrètes dans lesquelles la personne âgée se trouve pour faire valoir ses droits et libertés, et les limites causées par des conditions matérielles et sécuritaires, réglementaires ou institutionnelles pour éviter de se contenter d'une approche uniquement formelle. S'opposent des exigences contradictoires, celles de l'institution avec ses normes, celles des professionnels avec leurs cultures, celles de l'usager avec son histoire.

Pour le renouvellement du 1<sup>er</sup> octobre 2007, j'ai sollicité, au printemps, l'intervention d'un prestataire extérieur pour participer, afin d'avoir ainsi un regard extérieur et moins partisan, et établir avec des membres du personnel, l'autoévaluation complétée par une enquête de satisfaction des résidents, des familles et du personnel. Cette expérience a servi d'exercice pour le personnel ce qui a permis de redonner du sens aux pratiques quotidiennes. En effet, une évaluation externe par un organisme extérieur devrait être pratiqué au plus tard en 2007 mais le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médicosociale n'a pas encore entériné la liste des organismes agréés pour cette prestation.

En ce qui concerne le réseau gérontologique de proximité, il était inconcevable de se lancer dans une telle organisation sans en avoir prévu l'évaluation. Sans prétendre à l'exhaustivité, les principaux items retenus par les membres du réseau sont les suivants :

- Le respect des objectifs (maintien à domicile, respect de la décision de la personne bénéficiaire du réseau, prévention de la dépendance) avec comme critère le nombre de projets d'accompagnement individualisé formalisés, nombre d'hospitalisations programmées ou non, l'efficacité des fiches de liaison (rapport entre les objectifs à atteindre et les compétences et les moyens), nombre d'interventions de professionnels (psychologue, psychiatre).
- L'efficacité du réseau en quantifiant la réduction des temps de mise en œuvre des plans d'aide, et de leur mise en œuvre effective, l'amélioration de la qualité de vie et de l'habitat des bénéficiaires.
- Le respect de l'autonomie de choix, la satisfaction de l'usager par la mise en place d'enquête de satisfaction annuelle qui sera confrontée avec le dossier initial, enquête qui sera aussi sollicitée auprès des familles et des intervenants. Le questionnaire de satisfaction des usagers sera couplé avec un outil de dépistage et de prévention.

- le taux de couverture et le ciblage.
- impact du réseau sur les entrées en institution, à la fois en quantitatif et en qualitatif surtout.
- Les réclamations.

Ces critères seront mesurés par des indicateurs (satisfait, pas satisfait, dans les délais hors délai) qui nous permettrons de suivre l'évolution de la satisfaction globale de l'usager, et si besoin est, de poser des actions correctives en matière d'amélioration de la qualité. «Les écarts ne sont pas nécessairement le signe de dysfonctionnements : ils peuvent être l'indice d'un déplacement, d'une évolution, ce qui a l'avantage de ne pas situer la démarche de l'évaluation sur le registre du jugement et donc de la culpabilité ». <sup>72</sup>

## 3.4 Les perspectives

Les politiques publiques dans le domaine de l'inclusion sociale dont celles des personnes âgées connaissent de profondes évolutions et mettent toutes l'accent sur le thème de la proximité à l'usager, le «panier » de service, la prise en charge de l'accompagnement individualisé, la continuité et la diversification de la réponse sociale ou médico-sociale, le maintien en milieu ordinaire. La contractualisation, la coopération et le réseau constituent un cadre à fort potentiel reposant sur l'adhésion et la responsabilisation des acteurs.

Une récente instruction de la Direction Générale de l'Action Sociale<sup>73</sup> incite à la création de Groupement de coopération dans le champ social et médico-social (GCSMS), s'il s'inscrit dans une démarche de conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen, par le versement d'une subvention non reconductible qui permette le recours à des appuis extérieurs (consultant, cabinet en organisation). Cela peut être une opportunité, malgré une construction juridique qui apparaît фaque, pour notre réseau gérontologique de proximité pour sa pérennisation et ce sera un des sujets de discussion avec les autorités politiques et les décideurs lors du renouvellement de la convention tripartite.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>72</sup> Le Mensuel de l'UNIOPSS, février 2006, p 33

<sup>&</sup>lt;sup>73</sup> Instruction DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007

## Conclusion

Une des caractéristiques de notre époque dans nos pays industrialisés est que l'on y vit plus vieux mais pas forcément mieux. Le panorama du vieillissement a donc changé, il n'est plus synonyme d'inactivité et de régression, car les capacités opérationnelles de productivité et de créativité sont encore bien présentes, même s'il existe une forte disparité individuelle.

Les progrès de la médecine permettent de réaliser avec succès des démarches diagnostiques et thérapeutiques impensables il y a encore quelques années. Ainsi, on voit réaliser des coronarographies après 90 ans et des greffes de moelle osseuse après 75 ans. Il y a encore trente ans, une fracture du col du fémur amenait à une fin de vie. Comme le souligne le Professeur Soubeyran<sup>74</sup> « On en arrive à un point où l'on peut même envisager de donner de la vie aux années sans pour autant rechercher forcément à donner des années à la vie ».

Pourtant, les représentations sociales de la vieillesse sont imprégnées d'images négatives et privilégient les aspects de perte, de dégradation, de dépendance. Notre premier travail dans la gérontologie a trait à l'estime de soi. L'estime de soi, c'est faire en sorte que les personnes âgées dépendantes, les handicapés puissent redécouvrir ce qu'elles ont de riche et de beau en elles, qu'elles soient réellement au cœur de ce vivre ensemble.

Vieillir chez soi, tel est le souhait exprimé par la majorité des personnes âgées, qui plus est dans sur notre territoire rural. Le soutien familial, une aide ménagère quelques heures par semaine, une garde à domicile de temps à autre, des améliorations au logement peuvent suffire dans un premier temps à faire face au quotidien. Notre responsabilité est de prévenir la perte d'autonomie et de rompre l'isolement. Mais lorsque la perte d'autonomie s'accentue, le problème de la dépendance et de son coût se posent pour la personne âgée et sa famille. Le rapport Gisserot<sup>75</sup> fait le point sur les enjeux financiers liés au vieillissement de la population dont une piste est l'incitation à s'assurer contre le risque de la dépendance, de développer le viager hypothécaire ou récupérer les assurances vie pour financer les prestations dépendance. La volonté des anciens de transmettre un patrimoine pourrait alors altérer la liberté de leur libre choix.

Notre responsabilité est alors d'accompagner les personnes âgées dans une vieillesse digne et heureuse. Vieillir est une chance, la possibilité offerte à chacun de prolonger ses

<sup>&</sup>lt;sup>74</sup> Opus cit, p 1

<sup>&</sup>lt;sup>75</sup> Résumé, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2005 : Prévisions et marges de choix,* www.personnesagées.gouv.fr/point-presse/rapport\_résumé

jours permet de concevoir le vieillissement non plus comme une fatalité mais comme un projet.

J'ai conscience que la réalisation d'un réseau gérontologique de proximité repose sur l'adhésion de nombreux partenaires disparates mais ce projet a constitué pour l'établissement un élément moteur de réflexion et d'investissement de tout le personnel. Il est vrai qu'il fait suite à notre projet institutionnel qui souhaite une meilleure préparation à l'entrée en institution, la prévention de la dépendance et le respect de la dignité de la personne accueillie. L'accueil temporaire reste une problématique que nous saurons résoudre avec le temps, toujours dans le souci d'améliorer le soutien des aidants.

Les maisons de retraite traditionnelles renvoyaient à l'image d'hospice, à une cacosmie culturelle. Il est intéressant de rappeler que le premier item de l'évaluation ANGELIQUE est « l'établissement est-il agréable à titre olfactif ? ». Aujourd'hui, un grand effort est fait pour que les établissements soient accueillants, conviviaux, que les familles participent davantage. Accompagner une personne âgée, ce n'est pas la sauver, ni répondre à tous ses désirs. C'est l'aider à rester sujet malgré des pathologies qui tendraient à le rendre objet de l'institution.

J'ai tenté par ce travail de montrer que la recherche de qualité dans l'accompagnement des résidents n'est pas le bout du chemin, c'est le chemin. Le chemin est le même qu'on le fasse en grimaçant ou en souriant. En fait, l'exercice de direction doit procurer plaisir et humilité.

## **BIBLIOGRAPHIE**

## <u>OUVRAGES</u>

AMYOT J.J, VILLEZ A, Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques professionnelles, Dunod, 2005

ATTIAS-DONFUT C, Les solidarités entre génération, vieillesse, famille, Etat, Nathan, 2005

BILLET M.F, Mon père en Alzheimer, Les Arènes, 2000

BORGETTO M, LAFORE R, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Domat Montchrétien, 5<sup>ème</sup> édition, 2004

CAILLÉ A, la revue du MAUSS, La Découverte, 1991

CAUQUIL G, LAFORE R (sous la direction), Evaluer les politiques sociales, L'Harmattan, 2004

COHEN D, Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action, SERDI, 2002

COUET D, MIRAMON J.M, PATURET J.B, Le métier de directeur : techniques et fictions, ENSP, 1992

DE BEAUVOIR S, La vieillesse, Gallimard, 1979

Dictionnaire Le Grand Robert, 1990 & Le Grand Robert Historique, 1992

FORETTE F, La révolution de la longévité, Grasset, 1997

FERNANDEZ Ch, PONS T, PREDALI D, Pr SOUBEYRAN J, On tue les vieux, Fayard, 1984

GUIDE des Maison de Retraite en France, Guide du Carquois, Hachette, 2005

GRABIE F, Poésies patoises, Musée du Pays d'Ussel, 1984

GUILLEMARD A.M, Le déclin social, PUF, 1986

MANIERE D, AUBERT M, MOUREY F, OUATA S, *Interprofessionnalité en gérontologie*, Erès, 2005

MIRAMON J.M, Manager le changement dans l'action sociale, ENSP, 2001

MORIN E, Introduction à la pensée complexe, Seuil Essai, 2005

PITAUD P (sous la direction), Solitude et isolement des personnes âgées, Erès, 2<sup>ème</sup> édtion, 2007

RICOT J, Philosophie et fin de vie, ENSP, 2003

SENEQUE, Lettre à Lucilius, Bouquin Robert Laffond, 2004

VEYSSET (PUIJALON) B, Dépendance et vieillissement, L'Harmattan, 1989

### **RAPPORTS**

BAS Ph, Plan Solidarité - Grand Âge, 27 juin 2006

BOULARD J.C, Vivre ensemble, Document parlementaire n°2135, 1990-1991

FRANCESCHI, Retraités et personnes âgées, 7 avril 1982

GUINCHARD KUNSTLER P, Vieillir en France: enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, 1999

LAROQUE P, Politique de la vieillesse, La Documentation française, 1962

LE BOULER S, (Synthèse), Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, Centre d'analyse stratégique, 2005-2006

SCHOPFLIN P, Dépendance et solidarités. Mieux aider les personnes âgées, La documentation Française, 1991

SUEUR JP, L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité, La Documentation Française, 2000

## REVUES, PUBLICATIONS, ARTICLES, COLLOQUES

ARGOUT D, Réflexion sur la coordination, Cahier du CLEIRPPA, n°1, 1991

BENSANDON (Collectif), Enquête « Isolement et vie relationnelle », septembre 2006

CCI Ussel, Centre d'information et de documentation sur le canton d'Eygurande, février 2006

CHAMPOUX N, Le vieillissement réussi, Le Médecin du Québec, 2004

CHORUS, Revue Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, n°82, juillet 2007

CODERPA du Tarn, Bulletin n°50, 1997

Conseil Général de la Corrèze, *Schéma Départemental de Gérontologie (2004-2008*), juin 2004

CUNIN J.C, Convergence personnes âgées et personnes handicapées, Cahier du CLEIRPPA, n°27, 2007

DATAR du Limousin, Service à la demande et transports innovants en milieu rural, rapport novembre 2004

DGAS, Rapport n°2004153, Favoriser l'accès aux transports en zone rurale ; Promouvoir un chèque de transport, novembre 2004

DEREMBLE J.P, PUIJALON B, Au secours ... Il y a un vieux, L'urgence de l'action sociale à l'action politique, Erès n°2, juin 1987

DREES, *Etudes, documents de travail*, n°16, juillet 2001 *Etudes et résultats*, n° 146, janvier 2006

DUCOUDRAY J.M, Pathos, un outil incontournable, Lettre de l'AD-PA, juin 2007

DUMONT J.M, *Philosophie et liberté*, Cahier FNADEPA, n°93, octobre 2006

ENNUYER B, *Réseau et coordination*, Gérontologie et société, n°100, mars 2002 *Fragilité*, Gérontologie et société, n°109, juin 2004

ENSP, Harmonisation des grilles de dépendance, Acte de séminaire du 4-6 juillet 1984

FROMAGE B, *Temps de mort, la mort à vivre*, Colloque FNADEPA, Besançon, 1<sup>er</sup> juin 2007

IGAS, Favoriser l'accès aux transports en zones rurales : Promouvoir un chèque transport, Rapport n°2004153 du 1<sup>er</sup> octobre 2004

INSEE, La population en Limousin, document avril 2005

Fascicule du recensement d'Eygurande, mars 1999

Le Canton d'Eygurande, document pour les maires, mars 1999

MEMBRANO M, Empan n °52, Erès, 2003

PUIJALON B, Le concept d'accompagnement, Cahier FNADEPA n°83, septembre 2004

Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire 3ème génération du Limousin, ARH du Limousin, 2005

THOMAS L.V, Mort et urgence, L'urgence de l'action sociale à l'action politique, Erès n°2, 1987

UNIOPSS, le mensuel, février 2006

#### **Lien internet**

http://www.sante.gouv.fr/drees

http://www.légifrance.fr

http://www.personnesagees.gouv.fr/point.presse/rapport-resume/gisserot

http://www.entretiens-du-carla.com/publication.php

http://www.ladocumentationfrancaise.fr

http://www.fnadepa.com

#### Lois, décrets, circulaires, instructions

Le Code de l'Action Sociale et des Familles

Loi n°75-535 modifié du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociale

Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 modifiée par la loi n°86-972 du 19 août 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de la santé

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

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

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charges des services de soins à domicile pour personnes âgées

Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales

Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'art. L311.4 CASF

Décret n°2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les EHPAD

Arrêté ministériel du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5.1 de la loi n°75-535 modifiée du 30 juin 1975

Circulaire DGAS n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination

Circulaire DGAS/DHOS du 16 septembre 2004 relatives aux CLIC et aux réseaux de soins gérontologiques

Circulaire 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération

Instruction DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative au Groupement de coopération dans le champ social et médico-social

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 ETUDE GALAAD EHPAD

ANNEXE 2 LE RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE CANTONAL

#### **ANNEXE 1**

## **BILAN STANDARD**



Gérontologie : Approche Logistique pour une Áide á l'Analyse et à la Décision

SELECTION: Etude N° 3 du 30/10/2006

FINESS 190005520 Service 0001

EHPAD RESIDENCE DU PARC

Service de soins longue durée

Type de structure : Soins longue durée

GALAAD est un outil diffusé par le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

## DISTRIBUTION SELON LE SEXE ET L'AGE

## 1- REPARTITION EN FONCTION DU SEXE

Effectifs

Ensemble :

32

et pourcentage

7 soit 21,88 %

Femmes :

25 soit 78,13 %

## 2- REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE

Moyen Ecart type

Age moyen et écart type Ensemble: 86,09

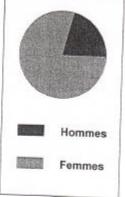
7,23

Hommes : 81,71

10,29

Femmes : 87,32

5,82

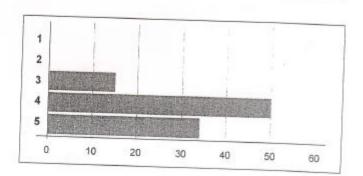


## Distribution des tranches d'âge

Effectif, fréquence relative et cumulée

Tranches d'âge	Effectif	%	Cumulé
1- Moins de 60 ans			
2- De 60 à 69 ans			10
3- De 70 à 79 ans	5	15,63	15,63
4- De 80 à 89 ans	16	50,00	65,63
5- 90 ans et plus	11	34,38	100,00

En pourcentage de la population



Etude N° 3 du 30/10/2006 - Finess 190005520 Service 0001

## 3- REPARTITION SELON LE SEXE ET LES TRANCHES D'AGE

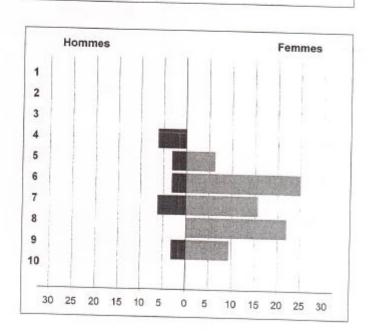
Répartition selon le sexe et les tranches d'âge

% en colonnes

Tranches d'âge	Hommes	Femmes	Total
1- Moins de 60 ans			
2- De 60 à 64 ans			
3- De 65 à 69 ans			
4- De 70 à 74 ans	28,57		6,25
5- De 75 à 79 ans	14,29	8,00	9,38
6- De 80 à 84 ans	14,29	32,00	28,13
7- De 85 à 89 ans	28,57	20,00	21,88
8- De 90 à 94 ans		28,00	21,88
9- De 95 à 99 ans	14,29	12,00	12,50
10- 100 ans et plus			

Tranches d'âge selon le sexe

En pourcentage de la population totale



## AUTONOMIE CORPORELLE, PHYSIQUE ET MENTALE

## 1- LES VARIABLES DISCRIMINANTES DU MODELE AGGIR

Les variables dites discriminantes évaluent l'autonomie corporelle, physique et mentale. Elles sont codées A si l'autonomie est totale, B si elle est partielle et C si elle est nulle. Les huit premières variables permettent de définir le groupe iso-ressources.

Autonomie
A fait seul
spontanément
totalement
habituellement
correctement
B fait partiellement....
C ne fait pas

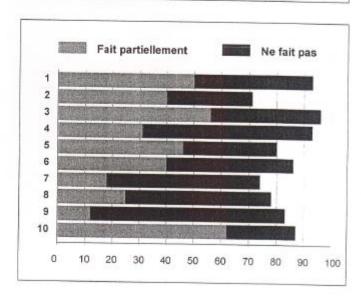
1

En pourcentage de la population

Variables	A	В	С
1- Cohérence	6,25	50,00	43,75
2- Orientation	28,13	40,63	31,25
3- Toilette	3,13	56,25	40,63
4- Habillage	6,25	31,25	62,50
5- Alimentation	18,75	46,88	34,38
6- Elimination	12,50	40,63	46,88
7- Transferts	25,00	18,75	56,25
8- Dép.intérieur	21,88	25,00	53,13
9- Dép.extérieur	15,63	12,50	71,88
10- Communication	12,50	62,50	25,00

Population non autonome B et C

> En pourcentage de la population



Etude N° 3 du 30/10/2006 - Finess 190005520 Service 0001

## 2- REPARTITION DES GROUPES ISO-RESSOURCES

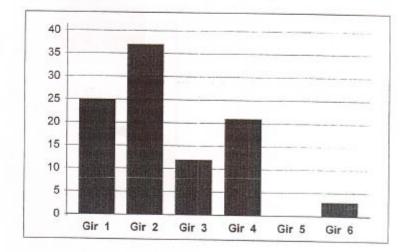
La perte d'autonomie est mesurée par les groupes iso-ressources (GIR), groupes homogènes en charge de soins (soins de base et relationnels) définis par le niveau d'autonomie pour les variables discriminantes relatives aux activités de la vie quotidienne.

Distribution des groupes iso-ressources et nombre de points par groupe

Coeffic	ients:
GIR 1	1000
GIR 2	840
GIR 3	660
GIR 4	420
GIR 5	250
GIR 6	70

# Distribution En pourcentage de la population

Groupes	Effectif	%	Points	%
GIR 1	8	25,00	8000	33,71
GIR 2	12	37,50	10080	42,48
GIR 3	4	12,50	2640	11,13
GIR 4	7	21,88	2940	12,39
GIR 5	0			
GIR 6	1	3,13	70	0,29
Total	32		23730	



## 3- LE GIR MOYEN PONDERE

Le Gir moyen pondéré -GMP- est un indicateur de charge en soins de base pour la population étudiée. Il est calculé en divisant le nombre total de points par l'effectif de cette population.

Ensemble 742	Hommes 581	Femmes 786
		1 011111103 700

Ce GMP correspond à une valeur moyenne théorique de 2 heures 36 minutes de soins de base par jour et par personne

#### 4- VALEURS DE REFERENCE

Les valeurs de référence correspondent ici aux moyennes observées au niveau national pour la distribution des groupes iso-ressources et du GMP en soins de longue durée

Distribution des (	SIR
en pourcentage	

Référence : Valeurs moyennes au niveau national en soins de longue durée

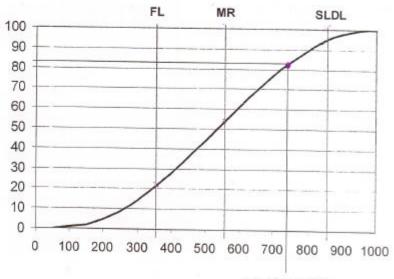
Groupes	Effectif	%	Référence
GIR 1	8	25,00	42,8
GIR 2	12	37,50	41,9
GIR 3	4	12,50	8,4
GIR 4	7	21,88	5,0
GIR 5	0		1,2
GIR 6	1	3,13	0,6

Gir Moyen Pondéré

GMP	32	742	860	
-----	----	-----	-----	--

Distribution du GMP dans les EHPA au niveau national

Pourcentage cumulé en fonction du GMP (dans 60 % des EHPA le GMP est inférieur à 600)



Population étudiée

Le graphique permet de situer la structure étudiée dans l'ensemble des établissements d'hébergement au niveau national.

## 5- CROISEMENT DE CERTAINES VARIABLES DISCRIMINANTES

Le croisement de certaines variables discriminantes permet de définir des populations dites particulières imposant une prise en charge souvent lourde ou difficile (soins, surveillance), un même patient pouvant se retrouver dans plusieurs catégories de population particulière.

Les "déments" Toubles cognitifs sévères

		Orienta	tion	
		Α	В	С
Cohérence	Α	1	1	0
	В	8	8	
	С	0	4	10

Susceptibles d'être déments BB BC CB CC : 22 soit 68,75 %

Les "errants" ou déments déambulants

		Déplacement intérieur		
		Α	В	С
Orientation	Α	3	3	3
	В	4	3	6
	С	0	2	8

Errants ou susceptibles de l'être BA BB CA CB : 9 soit 28,13 %

Les "fugueurs"

En effectifs dans les tableaux, et en pourcentage de la population

		Déplacement extérieur		
		Α	В	С
Orientation	Α	4	1	4
	В	1	3	g
	С	0	0	10

Fugueurs ou susceptibles de l'être BA BB CA CB : 4 soit 12,50 %

Etude N° 3 du 30/10/2006 - Finess 190005520 Service 0001

#### **ANNEXE 2**

## Le Réseau Gérontologique du Pays d'Eygurande

