



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'établissement sanitaire et  
social public**

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **décembre 2007**

---

**Le développement de formules alternatives à  
l'hébergement permanent des personnes âgées  
dépendantes : un nécessaire défi**

*L'exemple de l'EHPAD Résidences Maréva*

---

**Bénédicte LE GUILLANTON**

---

# Remerciements

---

Je remercie Mr Le Ray, Directeur des Résidences Maréva, Mme Grimault, Directeur des Ressources Humaines et Mr Le Garff, Directeur des Affaires Economiques et Financières pour leurs soutien, conseils et disponibilité.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui se sont prêtées au jeu des entretiens et qui, par leurs remarques et conseils, m'ont permis d'approfondir ma réflexion.

Je remercie enfin l'ensemble des professionnels des Résidences Maréva qui m'ont fait découvrir au quotidien leurs métiers.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1 Les formules alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes : un nouvel espace aux marges de la prise en charge institutionnelle .....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>1.1 La volonté clairement affichée des pouvoirs publics de dépasser la césure domicile-établissement.....</b>	<b>- 7 -</b>
1.1.1 La pauvreté des réponses binaires soulignée par de nombreux experts .....	- 7 -
1.1.2 Les expériences innovantes menées à l'étranger.....	- 9 -
1.1.3 La politique actuelle d'incitation au développement de l'offre intermédiaire ....	- 10 -
<b>1.2 La consécration juridique récente des formules alternatives à l'hébergement permanent .....</b>	<b>- 11 -</b>
1.2.1 L'adoption de la loi du 2 janvier 2002 ou la fin de « l'errance institutionnelle »-	12 -
1.2.2 La définition réglementaire de l'accueil temporaire.....	- 13 -
1.2.3 Panorama des différentes formules alternatives.....	- 15 -
<b>1.3 Les modalités de création des formules alternatives à l'hébergement permanent.....</b>	<b>- 17 -</b>
1.3.1 La nécessaire formulation d'une demande d'autorisation.....	- 18 -
1.3.2 Les critères d'appréciation de la demande d'autorisation.....	- 19 -
1.3.3 Planification-autorisation-financement des formules d'accueil temporaire : l'exemple du département du Morbihan .....	- 20 -
<b>2 L'intérêt du développement de formules alternatives à l'hébergement permanent au sein d'un EHPAD : l'exemple des Résidences Maréva.....</b>	<b>- 23 -</b>
<b>2.1 Le projet des Résidences Maréva ou la création d'un espace intermédiaire entre domicile et institution .....</b>	<b>- 23 -</b>
2.1.1 Les Résidences Maréva, fruit de la démarche d'humanisation d'un hospice ..	- 23 -
2.1.2 Les Résidences Maréva situées au cœur du Pays de Vannes .....	- 25 -
2.1.3 Présentation du projet.....	- 27 -
<b>2.2 Une réponse pertinente aux attentes des personnes âgées et de leurs aidants .....</b>	<b>- 29 -</b>
2.2.1 Description du public accueilli.....	- 29 -
2.2.2 Une réponse au besoin de répit et de relais des aidants informels .....	- 32 -

2.2.3	Une réponse participant à un maintien à domicile de qualité pour la personne âgée .....	- 34 -
<b>2.3</b>	<b>Un projet porteur de dynamisme pour l'établissement et d'ouverture sur l'extérieur .....</b>	<b>- 36 -</b>
2.3.1	Un projet porteur de dynamisme .....	- 36 -
2.3.2	Un projet porteur d'ouverture sur l'extérieur .....	- 38 -
2.3.3	Vers l'EHPAD de demain ? .....	- 39 -
<b>3</b>	<b>Les conditions d'un fonctionnement optimal des formules alternatives à l'hébergement permanent .....</b>	<b>- 41 -</b>
<b>3.1</b>	<b>Un projet d'accompagnement bien défini .....</b>	<b>- 41 -</b>
3.1.1	La détermination préalable du public accueilli, des principes et objectifs de prise en charge .....	- 41 -
3.1.2	Leur déclinaison au travers d'actions concrètes.....	- 43 -
3.1.3	Les dispositions destinées à garantir les droits des bénéficiaires .....	- 45 -
<b>3.2</b>	<b>La nécessaire maîtrise des aspects financiers .....</b>	<b>- 47 -</b>
3.2.1	Un projet mis en œuvre par un personnel qualifié.....	- 48 -
3.2.2	Une architecture au service du projet de vie .....	- 50 -
3.2.3	Un objectif pour le directeur : proposer des tarifs attractifs .....	- 51 -
<b>3.3</b>	<b>La mise en place de dispositifs d'évaluation et de partenariats effectifs .....</b>	<b>- 53 -</b>
3.3.1	Une procédure d'évaluation des pratiques réactive .....	- 53 -
3.3.2	La construction de collaborations : un défi pour le directeur .....	- 54 -
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources  
AMP : Aide Médico-Psychologique  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CREAI : Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Inadaptations et les handicaps  
CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGISS : Direction Générale des Interventions Sanitaires et Sociales  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
GRATH : Groupe de Réflexion pour l'Accueil Temporaire des personnes Handicapées  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie  
PSD : Prestation Spécifique Dépendance  
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale  
USLD : Unités de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

La prise en charge du grand âge est l'un des défis majeurs que la société, les pouvoirs publics auront à relever dans les années à venir.

L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom ainsi que l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse sensible du nombre de personnes âgées : selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la population des 75 ans et plus sera ainsi multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes. Ce vieillissement rapide de la population amène à s'interroger sur l'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées : retraites, dépenses de santé, mais aussi prise en charge des personnes dépendantes, dont le nombre augmentera dans les années à venir.

La notion de dépendance est née de la réflexion des gériatres au cours de la décennie soixante-dix. En distinguant la dépendance du handicap, les médecins ont ainsi spécifié et médicalisé le regard porté sur la vieillesse. La loi du 24 janvier 1997<sup>1</sup> instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD) accrédite la définition médicale de la dépendance. L'article 2 définit ainsi la dépendance « *comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* ». L'article 1<sup>er</sup> du décret du 28 avril 1997<sup>2</sup> fixe à 60 ans l'âge à partir duquel est ouvert le droit à la PSD ; seuil qui sera également retenu, quatre ans plus tard, pour le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)<sup>3</sup>. Certains auteurs<sup>4</sup> n'hésitent pas à souligner les limites d'une telle approche biomédicale, qui réduit, selon eux, la personne âgée à n'être qu'un « âge chronologique et une incapacité à faire » et critiquent le choix des pouvoirs publics français de réserver la notion de dépendance aux seules personnes âgées, contrairement aux recommandations des instances internationales et européennes<sup>5</sup>. L'article 13 de la loi du 11 février 2005<sup>6</sup>, prenant acte des limites de la

---

<sup>1</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance [en ligne]. Journal Officiel, n°21 du 25 janvier 1997 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>2</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Décret n° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 [en ligne]. Journal Officiel n°101 du 30 avril 1997 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>3</sup> L'APA a été créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>4</sup> FRINAULT T. septembre 2006, « La dépendance : une construction sociale de la vieillesse en débat ». *Actualité et dossier en Santé Publique*, n°56, pp 61-63.

<sup>5</sup> Recommandation n°98 (9) du Comité des Ministres aux Etats Membres de l'Union Européenne relative à la dépendance : « la dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou

dissociation personnes âgées/personnes handicapées en terme de politiques publiques, tend cependant à mettre en place une approche plus finaliste de la dépendance, où seules les conséquences du handicap sont prises en compte.

La dépendance se définit donc par le besoin d'aide d'une tierce personne pour accomplir un certain nombre d'activités que la personne âgée ne peut plus réaliser seule, quelle que soit l'origine de la déficience, physique ou psychique. Il est important de souligner que derrière cette notion, les situations individuelles sont très diverses et fluctuantes ; le degré d'autonomie est par ailleurs fonction de l'environnement matériel et social de la personne. Selon l'enquête « handicap-incapacité-dépendance » (HID), on dénombrait 800 000 personnes âgées dépendantes en 2000, les deux tiers étant des femmes. Le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge. L'âge moyen des personnes dépendantes est ainsi de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes. L'enquête HID a également montré que les deux tiers des personnes dépendantes vivent à domicile.

Le nombre de personnes âgées dépendantes va connaître, dans les prochaines années, une forte progression, comme le soulignent les différentes projections réalisées par l'INSEE. Plusieurs scénarios ont été élaborés : un scénario central selon lequel le nombre d'années passées en dépendance reste stable, un scénario optimiste, où ce nombre d'années diminue et enfin un scénario pessimiste (la durée de vie en dépendance après 60 ans croît au même rythme que l'espérance de vie à 60 ans). Dans le scénario central, le plus probable au regard des évolutions récentes, le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 26 % entre 2000 et 2030 pour atteindre 1 037 000 personnes. Ce chiffre varie entre 940 000 et 1,23 millions de personnes selon les scénarios. L'augmentation deviendra, dans tous les cas, plus rapide à partir de 2030. Ces données révèlent le défi auquel les pouvoirs publics vont être confrontés dans les toutes prochaines années, particulièrement quant à la prise en charge des personnes présentant la maladie d'Alzheimer. « *Affection neuro-dégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuro-pathologiques spécifiques*<sup>7</sup> », la prévalence de la maladie d'Alzheimer augmente très fortement avec l'âge. De 1,5 % à l'âge de 65 ans, elle double tous les 4 ans pour atteindre 30 % à l'âge de 80 ans. Les experts estiment à plus de 165 000 le

---

d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie. Toutes les sections de la population peuvent se retrouver affectées par la dépendance, et pas seulement les personnes âgées... »

<sup>6</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal Officiel, n°36 du 12 février 2005 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>7</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Technologies de santé – prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer* [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://has-sante.gouv.fr>

nombre de nouveaux cas par an. Dans une lettre de mission adressée au Ministre du Travail le 1<sup>er</sup> août 2007, le Président de la République affiche, de fait, sa volonté de mettre en place un plan ambitieux de prévention et de lutte contre la maladie d'Alzheimer et plus globalement de créer, à l'instar d'autre pays comme l'Allemagne, une cinquième branche de Sécurité Sociale, prenant en charge le « risque dépendance ».

Depuis le drame de la canicule de 2003, un certain nombre de mesures ont été prises afin d'améliorer la prise en charge, à domicile et en établissement, des personnes âgées dépendantes.

Comme le souligne le récent rapport du Centre d'Analyse stratégique, des textes législatifs et réglementaires ont, ces dernières années, reconnu les droits des personnes accueillies en institution ou aidées à domicile, mis en exergue la qualité...« *Après le temps du déploiement des infrastructures et de l'humanisation des hospices, après la construction d'une prestation pour l'autonomie, le drame de la canicule a sans doute ouvert une nouvelle période de la construction institutionnelle, moins univoque : souci de diversification eu égard aux attentes de la population, montée en gamme en rapport avec les revendications consuméristes, souci de la performance et de l'ouverture, territorialisation et cohérence de la gouvernance*<sup>8</sup> ». Le développement des pathologies du grand âge appellerait ainsi des solutions diversifiées avant tout soucieuses de la prise en charge des personnes fragiles et du soulagement à apporter aux aidants.

Le développement des alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes est une réelle priorité des pouvoirs publics à l'heure actuelle. Entre le domicile et l'hébergement en institution, les différentes formules alternatives, que constituent notamment l'accueil de jour et de nuit, l'hébergement temporaire, visent au maintien de l'autonomie de la personne accueillie, tout en contribuant au répit des aidants familiaux impliqués dans le soutien à domicile d'un parent âgé en perte d'autonomie. Longtemps dépourvues de base juridique, ces formules ont été consacrées par la loi du 2 janvier 2002<sup>9</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale et leurs modalités de fonctionnement ont été précisées par le décret du 17 mars 2004<sup>10</sup> relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et âgées.

---

<sup>8</sup> CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Paris : La Documentation française; p 16

<sup>9</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal Officiel, n°2 du 3 janvier 2002 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>10</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L312-1 et à l'article L314-8 du



Les formules d'accueil temporaire bénéficient d'une attention soutenue de la part des pouvoirs publics, comme en témoigne, par exemple, l'objectif 5 du Plan maladie d'Alzheimer<sup>11</sup>, qui vise l'amélioration de l'accompagnement des malades vivant à domicile, par le biais notamment de la création de 13 000 places supplémentaires d'accueil de jour et d'hébergement temporaire d'ici 2007. Le Plan Solidarité Grand Age souligne, quant à lui, que le mode de prise en charge des personnes âgées est encore trop binaire, entre maintien à domicile et hébergement en établissement. Il faut, selon le Plan, « *inventer la maison de retraite de demain, ouverte sur la cité, offrant toute une palette de services de jour pour favoriser le maintien à domicile et faire en sorte que l'entrée en hébergement soit mieux préparée*<sup>12</sup> ».

Ayant effectué mon stage au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) morbihannais de 313 lits et places, j'ai été particulièrement sensibilisée à cette réflexion : l'établissement, proposant déjà six lits d'hébergement temporaire et six places expérimentales d'accueil de jour, a retenu deux axes de développement : la validation de l'unité d'accueil de jour et son extension à 12 places ainsi que la création d'une unité d'accueil de nuit de 4 places. Il m'a été confié l'élaboration du dossier de demande d'autorisation de création de ces unités, dossier soumis pour examen au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS).

Un tel projet, et de façon plus générale, les orientations préconisées par les différents plans et schémas invitent à réfléchir à l'intérêt et à la pertinence de la création, au sein d'un EHPAD, de formules alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes. Différents entretiens, visites et recherches m'ont permis d'alimenter ma réflexion et, au-delà, de m'interroger sur les conditions permettant d'assurer un fonctionnement optimal de ces formules, tant du point de vue des bénéficiaires que de l'établissement.

J'ai retenu plusieurs méthodes de recueil de données et d'informations. La recherche bibliographique m'a permis, dans un premier temps, d'appréhender la genèse des formules alternatives à l'hébergement permanent ainsi que leur cadre législatif et réglementaire. Afin de mieux cerner les apports de ces formules, les attentes des personnes âgées et de leurs proches, j'ai organisé plusieurs entretiens semi-directifs :

---

CASF [en ligne]. Journal Officiel n°66 du 18 mars 2004 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>11</sup> Ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille. Plan Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

<sup>12</sup> Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan Solidarité-Grand Age 27 juin 2006, p 2.

➤ 3 entretiens avec des aidants naturels (d'une durée variable : 2 entretiens de 20 minutes avec des aidants dont les conjoints fréquentent l'accueil de jour et un entretien d'une 1h30 avec une personne dont le mari a recours aux formules d'accueil de jour et d'hébergement temporaire).

➤ 3 entretiens de 20 minutes avec des personnes âgées recourant à ces formules.

Ces différentes entrevues ont été riches d'enseignements et m'ont permis de confronter l'expérience, le point de vue des personnes âgées et de leurs proches avec la littérature sur le sujet, les objectifs assignés par les pouvoirs publics à ces formules.

J'ai également souhaité m'entretenir avec les personnels de l'établissement intervenant dans le cadre de ces formules (entretiens semi-directifs avec l'agent affecté à l'unité d'accueil de jour et avec la psychologue, d'une durée d'1 heure chacun) avec pour objectif d'enrichir ma réflexion sur les conditions permettant d'assurer un fonctionnement satisfaisant de ces services.

Il m'a également paru opportun de rencontrer les autorités de tarification de l'établissement afin d'avoir une vision globale de la politique départementale adoptée vis à vis de ces formules et de connaître leurs attentes quant au fonctionnement au quotidien de ces services. J'ai ainsi pu m'entretenir avec l'attachée du Conseil Général en charge du contrôle des établissements hébergeant des personnes âgées (entretien semi-directif d'une heure) ainsi qu'avec l'inspectrice de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) en charge du secteur (entretien semi-directif de 30 minutes)<sup>13</sup>.

J'ai également visité le 29 mai 2006 le service mixte d'hébergement temporaire et d'accueil de nuit de l'Hôpital Local de Mortain ; visite qui m'a permis d'échanger avec la directrice, le cadre de santé et les personnels. Le choix de cet établissement s'explique par le fait que son service d'accueil à temps partiel fonctionne depuis 2003 et qu'il fait aujourd'hui figure de « référence » dans ce domaine.

L'observation directe du fonctionnement des 6 lits d'hébergement temporaire et de l'unité expérimentale d'accueil de jour de 6 places de mon lieu de stage m'a, de plus, permis de recueillir un certain nombre d'informations. A titre d'exemple, j'ai ainsi pu observer la gestion de la liste d'attente, j'ai participé à la définition du profil de poste et au recrutement de l'agent affecté à l'accueil de jour. J'ai eu quelques entretiens informels

---

<sup>13</sup> Les grilles d'entretiens sont présentées en annexe 1

avec des professionnels. Il m'a paru pertinent dans ce contexte de tenir un journal de bord.

Les différentes remarques formulées lors de la présentation du dossier de demande d'autorisation des unités d'accueil de jour et de nuit devant le Conseil d'Administration (séance du 8 décembre 2006) puis devant le CROSMS le 11 mai 2006 (avis favorable à l'unanimité) ont été enfin sources d'enseignements.

Après une présentation des différentes formules alternatives à l'hébergement permanent, de leur cadre législatif et réglementaire (1<sup>ère</sup> partie), il sera intéressant de réfléchir, en prenant appui sur l'exemple des Résidences Maréva, à l'intérêt de mettre en place de telles solutions au sein d'un EHPAD (2<sup>nde</sup> partie) ; solutions qui ne trouvent toute leur pertinence que dans le respect d'un certain nombre de conditions (3<sup>ème</sup> partie).

# **1 Les formules alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes : un nouvel espace aux marges de la prise en charge institutionnelle**

« Les hommes construisent trop de murs et pas assez de ponts ». Cette citation d'Isaac Newton trouve à s'appliquer dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui souffre aujourd'hui encore d'un certain nombre de cloisonnements. Afin de dépasser la césure domicile-établissement, les pouvoirs publics affichent clairement leur volonté de développer les formules alternatives à l'hébergement permanent au sein des établissements, médico-sociaux comme sanitaires. Ces formules ont été consacrées par la loi du 2 janvier 2002 et leur création obéit désormais à un certain nombre de règles.

## **1.1 La volonté clairement affichée des pouvoirs publics de dépasser la césure domicile-établissement**

Au regard des préconisations de nombreux rapports et des expériences menées à l'étranger, tant dans le domaine de la prise en charge de la dépendance que du handicap, les pouvoirs publics français ont souhaité promouvoir un développement conséquent de l'offre intermédiaire entre domicile et établissement, comme en témoignent les récents Plans adoptés.

### **1.1.1 La pauvreté des réponses binaires soulignée par de nombreux experts**

Différents sondages et études montrent que le souhait des personnes âgées confrontées à une perte progressive d'autonomie est de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile. L'entrée en établissement, de fait, n'apparaît en général que comme un choix par défaut, souvent rattaché à un événement déclencheur, qui a déstabilisé l'équilibre de la vie à domicile (détérioration de l'état de santé, décès ou départ de l'aidant principal, ressources économiques insuffisantes...). C'est souvent dans l'urgence que la famille recherche alors une solution.

Le rapport Laroque publié en 1962<sup>14</sup> affirme sans ambiguïté que la priorité doit être donnée au maintien à domicile, comme seul moyen de maintenir la personne âgée dans une perspective d'insertion sociale. En dépit de ces recommandations, la politique de

maintien à domicile des personnes âgées n'a véritablement commencé à se concrétiser que dans les années 1970, en s'appuyant sur les services d'aide ménagère et de soins à domicile. Le développement de cette politique s'effectue alors au détriment des établissements d'accueil, « hospices » souvent vétustes, réservés aux personnes âgées les plus démunies. En dépit de l'adoption de la loi du 30 juin 1975<sup>15</sup>, qui impose la transformation des hospices en établissements médico-sociaux ou en unités de soins, l'image de la salle commune est restée profondément enracinée dans l'opinion collective.

La médicalisation du regard porté sur la vieillesse, légitimée par les lois du 24 janvier 1997 et du 20 juillet 2001, a cependant contribué à redonner à l'institution une certaine légitimité, comme lieu de soins et de prise en charge reconnue de la grande dépendance. Cette approche conduit cependant, dans le même temps, à une segmentation des différentes populations âgées du retraité actif à la personne âgée dépendante, au détriment de l'approche plus large de la vieillesse préconisée par certains.

*« Vivant à domicile ou en institution, dépendant ou non dépendant, la position de la personne âgée s'est donc longtemps accommodée de peu de nuances, alors même que les parcours de vie des personnes qui abordent la dernière partie de leur existence sont forcément très différenciés<sup>16</sup> ».* Or un choix de vie libre, anticipé et éclairé, peut-il s'accommoder de dispositifs étanches, qui ne prennent pas en compte la trajectoire de vie ?

La réalité invite, semble-t-il, au contraire à plus de nuances. Le maintien au domicile ne se déroule pas toujours comme espéré : logement inadapté, gêne de la personne âgée de devoir dépendre des siens, charge matérielle et psychique trop importante pour les aidants familiaux (rappelons ici que la famille est le premier lieu de ressource pour la personne âgée en demande de soutien)...Le maintien à domicile est souvent interrompu par un épisode imprévu (aggravation de l'état de santé, épuisement des proches...) entraînant, dans certains cas, une entrée précipitée en établissement. Loin de l'image de l'hospice, les établissements accueillant des personnes âgées se sont considérablement transformés depuis quelques années et sont aujourd'hui de plus en plus attentifs à la qualité de vie offerte aux résidents, au maintien d'une vie sociale et citoyenne, au respect des droits des personnes âgées.

---

<sup>14</sup> LAROQUE P., 1962, *Politique de la vieillesse*, Paris : la Documentation française, 438 p.

<sup>15</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel du 30 juin 1975 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>16</sup> CHAPPE M., 2005, *Entre domicile et institutions pour personnes âgées, inventer de nouveaux espaces*. Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public, p 3.

La pauvreté des réponses binaires « tout domicile » ou « tout établissement » a été soulignée par de nombreux experts ces dernières années, qui ont préconisé, au contraire, l'invention de nouveaux espaces entre domicile et institution, prenant en compte les multiples trajectoires de vie des personnes âgées.

En 1999, la Député Paulette Guinchard-Kunstler formule, dans son rapport « Vieillir en France »<sup>17</sup>, différentes propositions d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, notamment la création de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. La Cour des Comptes, dans son rapport de novembre 2005<sup>18</sup>, n'hésite pas à souligner l'insuffisant développement des dispositifs d'accueil temporaire et préconise de renforcer, de manière significative, l'appui aux aidants à domicile. Plus récemment, suite à une commande ministérielle sur la répartition optimale des différents types de places aux échéances 2010, 2015 et 2025, le Centre d'Analyse Stratégique<sup>19</sup> a estimé qu'il était illusoire de prétendre offrir un seul type d'hébergement aux personnes âgées de plus de 60 ans et encourage au contraire le développement de formules intermédiaires souples et évolutives (en 2010, 40 000 places d'accueil temporaire devraient pouvoir être offertes aux personnes de plus de 75 ans et 68 000 en 2025).

Ces différents rapports, s'ils concluent unanimement à la nécessité d'inventer de nouveaux espaces entre domicile et institution, ont également pour point commun de s'être inspirés d'expériences innovantes initiées à l'étranger.

### **1.1.2 Les expériences innovantes menées à l'étranger**

La plupart des pays européens sont aujourd'hui confrontés au vieillissement de leur population et doivent faire face à une augmentation importante du nombre de personnes âgées dépendantes. Certains d'entre eux, ayant opté pour une politique de maintien à domicile des personnes âgées, ont mis en place des services de répit innovants.

En Suède, les maisons d'accueil temporaire, implantées à l'échelle de la commune, proposent ainsi un hébergement ponctuel et à la carte de toute personne dépendante résidant sur son territoire. Les séjours sont planifiés à l'année mais ces maisons peuvent également assumer l'accueil d'urgence (des chambres supplémentaires

---

<sup>17</sup> GUINCHARD-KUNSTLER P, 1999, *Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Paris : Service de Presse du Premier Ministre, 169 p

<sup>18</sup> COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la république suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*. Paris : La Documentation française, 447 p.

<sup>19</sup> Rapport précité du Centre d'Analyse Stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*

sont prévues à cet usage). La personne peut y venir avec ses objets personnels et familiaux. Toute personne dépendante est affiliée à un centre d'hébergement temporaire communal où elle peut résider à sa demande ou à celle de ses proches, en fonction de leurs besoins. En Grande-Bretagne, trois formes d'hospitalisation de répit pour les personnes âgées sont expérimentées : les « rotating respite admissions » offrent une pause régulière, chaque semaine, pour un temps déterminé. Les « reliefs beds » permettent l'accueil des personnes une à deux semaines par an. Finalisant ce dispositif, les « emergency respite care » proposent des lits pour une brève période suivant un arrêt temporaire de la prise en charge à domicile.

Certains pays n'hésitent pas aujourd'hui à développer largement l'offre intermédiaire, à l'image, par exemple, de l'Espagne. Le « Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia », quatrième pilier de l'Etat-Providence, a ainsi été mis en place au début de l'année 2007, avec pour finalité garantir la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En fonction du classement dans un niveau de dépendance, chaque personne se voit proposer un catalogue de prestations, au sein duquel figurent centres de jour et de nuit. D'autres pays, tels le Canada et la Belgique, ont exploré des formules plus souples que les dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, avec toujours l'objectif de soulager les aidants. Le « baluchon Alzheimer » en est un exemple : il s'agit d'un système dans lequel un intervenant vient s'installer au domicile de la personne, se substituant à l'aidant familial pour lui procurer un temps de répit.

S'il est vrai qu'il n'existe pas de solutions de prise en charge transposable a priori, les attentes et les besoins pouvant diverger entre territoires, le choix effectué par de nombreux pays européens de développer les formules d'accueil temporaire invitent à la réflexion.

### **1.1.3 La politique actuelle d'incitation au développement de l'offre intermédiaire**

Au regard de ces différentes études et expériences, les pouvoirs publics français ont souhaité un développement conséquent de l'offre intermédiaire, de ces nouveaux espaces entre domicile et institution, voulant ainsi rompre avec les politiques menées ces dernières années. De telles formules intermédiaires avaient déjà vu le jour mais étaient le fruit d'initiatives locales éparées, de la volonté d'un certain nombre d'acteurs de terrain de promouvoir un nouveau type de service gérontologique.

En 2002, la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité lance un programme d'actions sur quatre ans pour la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer

ou de maladies apparentées. La circulaire du 16 avril 2002<sup>20</sup> relative à la mise en œuvre de ce programme prévoit la création de 7000 places supplémentaires d'accueil de jour et de 3000 places d'hébergement temporaire, financées en partie par l'assurance-maladie sur la base d'un forfait journalier. Ce programme a cependant connu un relatif échec (fin 2003, seules 1822 places d'accueil de jour et 556 places d'hébergement temporaire ont été créées). Se substituant au précédent programme, le plan « Vieillesse et Solidarités » du 6 novembre 2003 prévoit, quant à lui, l'ouverture de 8500 places médicalisées d'accueil de jour et de 4500 places d'hébergement temporaire supplémentaires sur la période 2004-2007.

L'attention portée par les pouvoirs publics à ces formules d'accueil temporaire se poursuit, comme en témoignent de récentes mesures. Le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire constitue ainsi un des dix objectifs jugés prioritaires par le Plan Alzheimer 2004-2007. S'intéressant plus largement à la prise en charge des personnes dépendantes, le Plan Solidarité Grand Age témoigne véritablement de la volonté des pouvoirs publics de lutter contre les multiples formes de cloisonnement qui existent à l'heure actuelle. Le texte dénonce ainsi un mode de prise en charge des personnes âgées dépendantes trop binaire, entre maintien à domicile et hébergement en établissement et souligne également la rupture entre les secteurs sanitaire et médico-social. Un montant de 7,6 millions d'euros pour le financement de places d'accueil de jour et de 6 millions pour l'hébergement temporaire a ainsi été inscrit dans l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) 2007<sup>21</sup>. Les formules d'accueil temporaire sont donc sans conteste des formules ayant les faveurs des pouvoirs publics à l'heure actuelle.

## **1.2 La consécration juridique récente des formules alternatives à l'hébergement permanent**

Développées sous forme expérimentale depuis une vingtaine d'années, avec des fonctionnements hétérogènes et un financement souvent aléatoire, les formules alternatives à l'hébergement permanent, dont le panorama pourra être dressé, ont été légitimées par la loi du 2 janvier 2002 et réglementées par le décret du 17 mars 2004.

---

<sup>20</sup> MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire n°DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées [en ligne]. Bulletin Officiel n°2002-18 [visité le 1<sup>er</sup> mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>.

<sup>21</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Lettre ministérielle du 6 avril 2007 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et handicapées [en ligne]. Bulletin Officiel n°2007-5 annonce n°129, [visité le 1<sup>er</sup> juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>



### 1.2.1 L'adoption de la loi du 2 janvier 2002 ou la fin de « l'errance institutionnelle »

Les premières expériences d'accueil temporaire sont nées au début des années 1980 dans le secteur personnes âgées. Développées à l'origine en milieu rural pour répondre aux besoins des personnes vivant l'hiver dans des conditions de confort et d'isolement difficiles, les pratiques d'accueil temporaire se sont diversifiées et le développement de formules, avec ou sans hébergement, s'est notamment opéré dans le souci de venir en aide aux aidants. *« Longtemps isolés, les pionniers de l'accueil temporaire – parfois depuis deux décennies sous statut expérimental- sont sortis de leur « errance institutionnelle » : la formule s'est en effet, vu doter d'une base légale par la loi du 2 janvier 2002.<sup>22</sup> »*

La loi du 2 janvier 2002 est le fruit d'une réflexion débutée dès 1995, à la suite notamment d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) relatif au bilan d'application de la loi du 30 juin 1975. Si cette dernière a révolutionné le secteur social et médico-social tant sur le plan quantitatif que qualitatif, à l'image de la loi Boulin du 30 décembre 1970 dans le secteur sanitaire, elle n'en présente pas moins des limites et insuffisances vingt ans après son adoption.

Jacques Barrot, Ministre du Travail, précise, en octobre 1996, la philosophie qui devra guider les travaux préparatoires à la réforme de l'action sociale et médico-sociale : *« partir de la personne et de ses demandes légitimes et en déduire un dispositif adapté pour répondre à ses divers besoins et ne pas procéder à l'inverse, c'est à dire définir à priori un dispositif d'offre, subdivisé en cases rigides dans lesquelles viendraient s'intégrer bon gré mal gré les personnes concernées... »*. Ce postulat trouvera une traduction concrète dans plusieurs dispositions de la loi du 2 janvier 2002, adoptée à l'unanimité par le Parlement.

L'objectif de diversification, de souplesse et d'adaptation du secteur social et médico-social aux besoins des usagers transparait ainsi dans la nomenclature des établissements et services précisée à l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles - CASF (article 15 de la loi du 2 janvier 2002). Cette nomenclature a été définie dans le code de façon très souple afin de diversifier au maximum la palette de l'offre et de favoriser le libre choix entre les prises en charge. Le dernier alinéa du 1<sup>o</sup> de cet article dispose ainsi que *« les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon*

---

<sup>22</sup> HELFTER C., 2004, « Accueil temporaire des personnes handicapées et âgées, changer de logique », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2382, p 21.

*un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement en internat, semi-internat ou externat.* ». En terme d'organisation des prises en charge, toutes les formules sont donc possibles. L'accueil temporaire, auparavant expérimental et donc précaire, se voit donc ainsi doté d'une base légale, autorisant son développement.

Si la loi du 2 janvier 2002 décrit une palette extrêmement diversifiée de prestations pouvant être offertes par les établissements sociaux et médico-sociaux, elle laisse au pouvoir réglementaire le soin d'en définir les modalités de fonctionnement (L'article L314-8 du CASF précise que « *l'accueil temporaire est défini par voie réglementaire* »).

### **1.2.2 La définition réglementaire de l'accueil temporaire**

Conformément aux dispositions de l'article L314-8, la définition de l'accueil temporaire fait l'objet du décret du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées. Ce texte s'inspire, pour partie, des travaux conduits, dans le seul domaine du handicap, par Jean Jacques Olivin, Président du Groupe de Réflexion pour l'Accueil Temporaire des personnes Handicapées (GRATH).

L'accueil temporaire est, selon l'article 1<sup>er</sup> du décret (codifié à l'article D312-8 du CASF), un « *accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.* ». Pouvant être organisée en complément des prises en charge habituelles en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, cette formule vise à « *développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale* ». Cette formulation fait apparaître très clairement la philosophie de l'accueil temporaire que le pouvoir réglementaire a entendu faire prévaloir : si ce dernier peut constituer une solution de répit pour les aidants, il ne doit nullement constituer une « garderie » mais au contraire participer d'un projet concerté avec les bénéficiaires. Les objectifs prioritaires que constituent le maintien de l'autonomie de la personne accueillie, sa participation à une vie sociale devront ainsi être déclinés dans l'organisation de chaque établissement.

Cette forme de prise en charge peut être demandée à l'équipe médico-sociale au moment de l'évaluation du degré de dépendance de la personne âgée et de l'établissement du plan d'aide APA.

Mis en œuvre dans les secteurs de l'enfance handicapée et inadaptée, des adultes handicapés ou des personnes âgées, l'accueil temporaire peut répondre à

plusieurs situations décrites dans l'article 1<sup>er</sup> du décret et explicitées dans la circulaire du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées<sup>23</sup> :

➤ Organiser des périodes de répit pour l'entourage, l'accueil temporaire étant alors une réponse à une indisponibilité de la famille ou à un besoin de prise de distance dans une relation permanente.

➤ Relayer les interventions des professionnels des établissements et des services ou des aidants assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge. Les professionnels d'un établissement accueillant des personnes très perturbées peuvent, par exemple, ressentir le besoin de prendre de la distance par rapport à une situation particulière afin d'envisager une nouvelle stratégie de prise en charge (qui peut passer par une réorganisation de l'équipe, une formation spécifique...).

L'accueil temporaire, dans ces deux hypothèses, peut permettre d'éviter d'éventuelles situations de maltraitance.

➤ Organiser, pour les bénéficiaires, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge (à titre d'illustration, après une période d'hospitalisation et avant un retour à domicile).

➤ Constituer une réponse à une interruption momentanée de prise en charge (fermeture annuelle de l'établissement d'accueil...).

➤ Répondre à une modification ponctuelle ou momentanée des besoins de la personne

➤ Répondre à une situation d'urgence (hospitalisation imprévue de l'aidant familial, période de crise relationnelle entre la personne et son entourage familial... Cette dernière hypothèse invite à réfléchir : si certaines situations sont imprévisibles, d'autres, au contraire, n'auraient-elles pas pu être évitées par la programmation de façon anticipée et régulière de périodes d'accueil temporaire ?)

L'article 2 du décret du 17 mars 2004 précise que l'accueil temporaire peut être organisé par les établissements de manière exclusive ou en complément d'hébergement à temps complet ou d'autres activités. Les unités d'accueil temporaire peuvent ainsi être soit autonomes soit rattachées à un établissement, tel un EHPAD ou un service d'aide à domicile, avec, dans ces dernières hypothèses, des locaux dédiés. Dans tous les cas, il s'agit d'établissements sociaux ou médico-sociaux au sens de l'article L312-1 du CASF. On peut voir sans nul doute dans cette disposition la volonté des pouvoirs publics de prendre en compte les formules existantes, qui se sont développées, pour la plupart, à

---

<sup>23</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Circulaire n°DGAS/SD3C/2005/ 224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées [en ligne]. Bulletin Officiel n°2005-6 annonce n°36 [visité le 1<sup>er</sup> mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

titre expérimental et qui présentent de fait une grande hétérogénéité, mais également leur ambition de laisser une marge d'initiative aux promoteurs.

Le décret du 7 avril 2006<sup>24</sup> (article R314-194 du CASF) finalise cette réglementation en précisant les conditions de tarification et la participation des usagers de l'accueil temporaire. Les places d'accueil temporaire peuvent désormais faire l'objet d'un forfait global ou d'une dotation globale annuelle : il s'agit ainsi d'éviter des résultats d'exploitation trop dépendants du taux d'occupation entraînant la transformation des places d'accueil temporaire en places occupées en permanence.

### **1.2.3 Panorama des différentes formules alternatives**

#### *L'hébergement temporaire*

« *L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps (90 jours au plus). Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille, travaux dans le logement...Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation<sup>25</sup>* ». Il s'agit d'un accueil à temps complet avec hébergement. Les personnes accueillies bénéficient de l'ensemble des prestations fournies par l'établissement.

Il existe environ 8600 places d'hébergement temporaire à l'heure actuelle<sup>26</sup>; ce chiffre étant sans doute quelque peu inférieur à la réalité : en effet, certains établissements n'ayant pas de places dédiées à l'hébergement temporaire peuvent cependant le pratiquer de façon occasionnelle.

#### *L'accueil de jour et de nuit*

L'accueil de jour consiste à accueillir des personnes âgées vivant à domicile pour une ou plusieurs journées, voire demi-journées par semaine. Chaque personne y bénéficie d'un projet individualisé de prise en charge. L'accueil de jour peut être soit

---

<sup>24</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil modifiant le code de l'action sociale et des familles - partie réglementaire [en ligne]. Journal Officiel n°85 du 9 avril 2006 [visité le 1<sup>er</sup> juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>25</sup> annexe IV de la circulaire du 16 avril 2002

<sup>26</sup> Source : CENTRE NATIONAL D'EXPERTISE HOSPITALIERE, *Les alternatives à l'hébergement complet en EHPAD*, formation continue, février 2006, Paris.

rattaché juridiquement à un établissement hébergeant des personnes âgées soit autonome<sup>27</sup>.

L'accueil de jour, structure médico-sociale, se distingue de l'hôpital de jour gériatrique, structure sanitaire. Si la plupart des hôpitaux de jour assurent le diagnostic de la personne âgée en une journée, certains prennent en charge une ou plusieurs journées par semaine des personnes malades (le plus souvent présentant la maladie d'Alzheimer), pour mettre en place, ajuster un traitement ou des soins spécifiques. Ces structures ont pour vocation la réadaptation et la lutte contre la perte d'autonomie, la frontière entre sanitaire et social pouvant de fait apparaître tenue dans certains cas. Des différences existent cependant et peuvent être retracées brièvement :

Hôpital de jour	Accueil de jour
Champ sanitaire	Champ médico-social
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipe soignante multidisciplinaire</li> <li>➤ Présence d'un médecin</li> <li>➤ Programme de soins intégré</li> <li>➤ Patients en début de troubles</li> <li>➤ Lieu de référence, de formation et de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipe soignante de moins grande technicité</li> <li>➤ Absence de médecin</li> <li>➤ Ateliers thérapeutiques et d'animation</li> <li>➤ Bénéficiaires à un stade modéré à sévère</li> <li>➤ Lieu de proximité</li> </ul>

L'accueil de nuit a été défini, quant à lui, par l'annexe IV de la circulaire du 30 mars 2005<sup>28</sup> relative à l'application du Plan Alzheimer 2004-2007. « *Ce type d'accueil séquentiel s'adresse aux personnes ayant des problèmes de rythme éveil/sommeil difficilement gérable pour l'entourage. L'objectif est de 1) permettre aux conjoints ou enfants dormant habituellement auprès de personnes atteintes de détérioration intellectuelle la nuit de pouvoir « souffler » ; 2) proposer aux aidants ayant une activité professionnelle de nuit une poursuite de leur activité professionnelle, 3) éviter des hospitalisations ou des entrées en EHPAD inutiles et perturbatrices.* ». Cette formule permet d'accueillir les personnes en fin de journée jusqu'au lendemain matin. Si l'accueil de jour représente la prestation la plus connue et la plus demandée à l'heure actuelle, l'accueil de nuit, forme innovante d'accompagnement, commence peu à peu à se développer. La circulaire du 17 mai 2006<sup>29</sup> rappelle à ce titre que l'enveloppe financière

<sup>27</sup> Les accueils de jour autonomes, établissements médico-sociaux au sens du 6 du I de l'article L312-1 du CASF, sont régis par le décret n°2005-118 du 10 février 2005 et la circulaire n°DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées.

<sup>28</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Circulaire n°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 [en ligne]. Bulletin Officiel 2005-4 annonce n°37 [visité le 1<sup>er</sup> mai 2007] disponible sur Internet : <http://www.personnes-agees.gouv.fr>

<sup>29</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Circulaire n°DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement des personnes âgées

du Plan Vieillesse et Solidarités relative aux structures de répit peut servir à financer la création de places d'accueil de nuit.

#### *D'autres solutions innovantes*

Certains promoteurs n'hésitent pas à décliner avec originalité ces différentes solutions alternatives, à les combiner entre elles, comme en témoignent ces différents exemples :

L'association Ty Bemdez à Brest, s'appuyant sur une étude de besoins ayant montré une forte demande d'hébergement temporaire, organise ainsi des courts séjours de vacances pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en réponse au besoin de soulagement des familles. L'hôpital local de Mortain (Manche) a créé, quant à lui, en 2003 un service mixte d'hébergement temporaire et d'accueil de nuit (16 lits). Une grande souplesse existe entre ces deux modes d'accueil, puisque les personnes peuvent à tout moment passer de l'accueil de nuit à l'hébergement temporaire si elles ne souhaitent pas ou ne peuvent pas rentrer chez elles.

Toutes les formules sont donc possibles pour un établissement et peuvent s'ajouter à la gestion d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ou d'un service de garde itinérante de nuit<sup>30</sup>.

Les formules d'accueil temporaire, si elles répondent à l'objectif de diversification, de souplesse et d'adaptation du secteur social et médico-social fixé par la loi du 2 janvier 2002, doivent respecter un certain nombre de règles pour leur création.

### **1.3 Les modalités de création des formules alternatives à l'hébergement permanent**

La création de places d'accueil temporaire destinées aux personnes âgées dépendantes peut intervenir dans des établissements existants, dans des établissements nouvellement créés ou dans le cadre de structures dédiées. La procédure d'autorisation prévue pour l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux s'applique, comme l'ont rappelé un certain nombre de textes<sup>31</sup>. Le projet doit remplir certaines conditions, parmi lesquelles son insertion dans les objectifs du Schéma Gérontologique, outil de

---

dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées [en ligne]. Bulletin officiel n°2006-6 annonce n°36, [visité le 15 mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

<sup>30</sup> L'objectif de la garde itinérante de nuit est d'assurer une présence, de rassurer, de soutenir psychologiquement et de permettre une intervention rapide en cas d'appel. Il peut être proposé des visites programmées permettant, notamment, une aide au coucher ou au lever, auxquelles s'ajoutent des interventions à la demande du bénéficiaire

<sup>31</sup> La circulaire n° DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 précise que les accueils de jour autonomes sont des établissements médico-sociaux au sens de l'article L312-1 I 6° et sont, à ce titre, soumis à la procédure d'autorisation prévue pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

planification élaboré par le Conseil Général. Le développement des formules alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes, tant sur un plan quantitatif que qualitatif, dépend donc largement de l'intérêt porté par les Conseils Généraux pour ce type de services. Comme l'a souligné Jean-Jacques Olivin, « *certains départements considèrent qu'il suffit de créer quelques places d'accueil temporaire, alors qu'il s'agit de bâtir un schéma global associant des formules de répit variées et réactives : il faut développer des services qui n'existent pas encore, convaincre des professionnels des institutions de l'intérêt de l'accueil temporaire, les inciter à créer des places et à travailler en réseau...*<sup>32</sup> ». L'exemple de la politique menée par le Conseil Général du Morbihan permettra d'illustrer ces propos.

### **1.3.1 La nécessaire formulation d'une demande d'autorisation**

L'article L313-1 du CASF impose une autorisation administrative pour la création, la transformation ou l'extension d'un établissement ou service relevant de l'article L312-1. On peut voir dans cette disposition, qui s'applique aux promoteurs privés comme publics<sup>33</sup>, la volonté des pouvoirs publics de rationaliser les services financés sur fonds publics, de s'assurer de leur qualité, de leur répartition géographique optimale sur un territoire donné.

Si la création d'un établissement comportant des places d'accueil temporaire ou la création d'une structure dédiée est obligatoirement soumise à la procédure d'autorisation, qu'en est-il de la création de quelques places d'accueil temporaire dans un établissement existant ? Le premier alinéa de l'article L313-1 ne précise pas, en effet, l'importance des transformations ou extensions. L'avant dernier alinéa de ce même article dispose que « *tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente* ». La loi ne donne donc pas d'indication sur l'importance des changements pour l'information et la nécessité d'une nouvelle autorisation, dont la délivrance relève de la compétence du Préfet de département et du Président du Conseil Général pour les établissements de l'article L312-1 I 6°.

En revanche, les notions de changement et d'extension ont été définies par le décret du 26 novembre 2003<sup>34</sup> en ce qui concerne la nécessité d'un nouvel avis aux

---

<sup>32</sup> Cité dans l'article de B. HACQUIN, janvier-février 2007, « quand le répit devient une priorité », *magazine VLM*, n°126

<sup>33</sup> Depuis la loi du 2 janvier 2002, les établissements publics sont soumis sans aucune restriction à la procédure d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du CASF. La procédure d'autorisation des établissements publics a été précisée dans la circulaire DGAS/dir n°2003-572 du 11 décembre 2003.

<sup>34</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension

autorités de planification : le projet doit correspondre, « *en une fois ou cumulativement à plus de 30% de la capacité initialement autorisée, et en tout état de cause à plus de 15 lits, places ou bénéficiaires* ». Il en est de même si la transformation comprend la modification des catégories de bénéficiaires. On peut en déduire que dans, de telles hypothèses, le promoteur doit solliciter une nouvelle autorisation.

L'annexe 5 de la circulaire du 16 avril 2002 relative au régime d'autorisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire fait référence à ces seuils. La circulaire du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées semble cependant être plus exigeante et précise que « *dans le cas d'un établissement existant, l'accueil temporaire[...] doit être considéré comme une activité nouvelle et non comme un prolongement ou une extension du projet déjà autorisé. Cela signifie que les créations de places d'accueil temporaire, quelles que soient les modalités de l'accueil et la capacité de cette section (même lorsqu'il s'agit de quelques places) doivent faire l'objet d'un dossier spécifique sur le contenu du projet et son coût en application des articles R 313-2 et R313-3 du CASF<sup>35</sup>* ». Peut-on étendre cette exigence au secteur personnes âgées ? Tout à priori le laisserait penser, même si on peut alors s'interroger sur la marge d'initiative et de liberté laissée aux promoteurs. Les pratiques des Conseils Généraux et des DDASS peuvent cependant introduire une certaine souplesse.

La personne responsable du projet doit solliciter l'autorité compétente, en l'espèce, le Préfet de département et le Président du Conseil Général, et assortir sa demande d'un dossier comportant un certain nombre d'éléments (article R313-3). Nouveauté de la loi du 2 janvier 2002, les demandes d'autorisation doivent désormais être déposées au cours de fenêtres déterminées.

### **1.3.2 Les critères d'appréciation de la demande d'autorisation**

L'article L313-4 définit les conditions légales fondant la délivrance de l'autorisation. La première condition (alinéa 1<sup>er</sup>) concerne la compatibilité du projet faisant l'objet de la demande par rapport aux besoins fixés par le Schéma Gérontologique. L'équipement doit entrer dans le cadre de la planification, une demande d'avis devant être sollicitée auprès du Comité chargé de la planification : le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSMS). Cette demande d'avis, obligatoire pour les projets de création,

---

d'établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal Officiel n°276 du 29 novembre 2003 [visité le 30 octobre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>35</sup> L'article R313-2 précise que les demandes d'autorisation doivent être adressées aux autorités compétentes par lettre recommandée. L'article R313-3 liste les éléments qui doivent apparaître dans le dossier justificatif accompagnant la demande : un état descriptif des principales caractéristiques du projet (étude de besoins, avant-projet d'établissement, projet architectural et méthodes d'évaluation et de coopération), un dossier relatif aux personnels comportant une répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualifications ainsi qu'un dossier financier



d'extension ou de transformation (supérieurs à 30% de la capacité initialement autorisée ou en tout état de cause à plus de 15 lits), ne lie cependant pas le Préfet ou le Président du Conseil Général. L'un des apports de la loi du 2 janvier 2002 est d'exiger ainsi dorénavant la compatibilité du projet avec le schéma gérontologique, fondant ainsi l'opposabilité de ce dernier, ce qui n'était pas le cas antérieurement<sup>36</sup>. Les juges devront désormais apprécier cette notion de compatibilité, déjà utilisée en droit de l'urbanisme.

La seconde condition (alinéa 2<sup>nd</sup>) concerne le respect, par le projet, des règles d'organisation et de fonctionnement et la programmation de démarches d'évaluation et d'information.

Absentes dans les dispositions originaires de la loi du 30 juin 1975, les préoccupations financières ont été progressivement introduites comme motif légal de refus d'autorisation. La loi du 2 janvier 2002 conforte ce point. L'alinéa 3 de l'article L313-4 précise que le coût de fonctionnement ne doit pas être hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements fournissant des services analogues.

La loi du 11 février 2005 a ajouté à l'alinéa suivant une nouvelle norme juridique opposable au demandeur de l'autorisation : il s'agit du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), qui détermine les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire de l'Etat. Le projet doit donc être compatible avec le PRIAC et son coût de fonctionnement en année pleine doit l'être également avec le montant des crédits ouverts par l'Etat, les Caisses de Sécurité Sociale et les Collectivités Locales. L'article 5 de l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2005 a cependant assoupli le lien entre autorisation et financement en permettant d'autoriser des projets dont l'ouverture n'interviendra qu'une ou deux années plus tard<sup>37</sup>.

D'une durée de validité de 15 ans, renouvelable tacitement, l'autorisation n'est valable que si une convention tripartite est signée (article L313-6 du CASF).

### **1.3.3 Planification-autorisation-financement des formules d'accueil temporaire : l'exemple du département du Morbihan**

*Le Schéma gérontologique du Morbihan : priorité donnée aux formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement*

Introduit en 1986, le dispositif de planification consistant dans les schémas départementaux a été profondément repensé par la loi du 2 janvier 2002. Les Schémas,

---

<sup>36</sup> Le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 29 juillet 1994, avait cependant admis que la référence au schéma social et médico-social suffisait seul à justifier un refus d'autorisation.

<sup>37</sup> Les financements ne doivent plus être disponibles dès la date où est délivrée l'autorisation mais font l'objet de réservations de crédits pour les années correspondant à l'ouverture effective des places.

obligatoires, ont une durée de vie limitée à cinq ans, ce qui est un gage de leur adaptation constante à l'évolution des besoins. Adopté désormais par le seul Président du Conseil Général<sup>38</sup>, le Schéma gérontologique apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins des personnes âgées, dresse le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante et détermine les perspectives et les objectifs de développement.

Le Schéma gérontologique du Morbihan, adopté en novembre 2006, retient cinq grands axes d'actions. L'axe 2 vise ainsi à promouvoir les formules d'accueil diversifiées entre le domicile et l'établissement, cet axe étant décliné en plusieurs orientations. Outre le développement de logements sociaux adaptés à la vieillesse, des domiciles partagés<sup>39</sup>, le Schéma reconnaît comme primordiale l'augmentation du nombre de places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et d'accueil de nuit. Favorisant le maintien à domicile, tout en permettant le répit des aidants, ces formules sont, à l'heure actuelle, encore peu fréquentes (il y a dans le Morbihan 97 places d'hébergement temporaire et 48 places d'accueil de jour, qui présentent des taux d'occupation d'environ 50%). Prenant en compte la spécificité de ce type d'accueil, qui suppose souplesse et réactivité, le Conseil Général a donc décidé d'initier une réflexion d'ensemble avec les établissements et les associations concernés, afin de connaître les besoins précis en la matière et de déterminer les modalités de mise en œuvre garantissant la réussite du dispositif.

Le Schéma Gérontologique 2006-2010 témoigne donc de la volonté politique locale de promouvoir les solutions alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes, volonté qui s'avère sans doute plus forte que dans d'autres départements. Le responsable du secteur personnes âgées au Conseil Général a insisté sur le fait que le développement des formules d'accueil temporaire n'est pas un simple affichage politique et que le Conseil Général souhaite une augmentation rapide du nombre de places d'ici 2008. En application de cette politique, dans l'instruction des demandes d'autorisation, la Direction Générale des Interventions Sanitaires et Sociales (DGISS) considère la présence de places d'accueil temporaire comme un critère important et n'hésite pas à demander aux promoteurs d'orienter leur réflexion vers de telles formules.

---

<sup>38</sup> S'agissant des modalités d'élaboration et d'adoption des Schémas, la loi du 13 août 2004 relative aux Libertés et Responsabilités Locales a apporté un important changement : antérieurement adopté conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général, l'article L312-5 confie désormais au seul Conseil Général le soin d'adopter le Schéma départemental.

<sup>39</sup> Les domiciles partagés sont des lieux d'accueil à caractère familial, proches du fonctionnement d'un domicile, accueillant 8 personnes âgées.

## *L'articulation du Schéma gérontologique avec le PRIAC*

En application de l'article L312-5-1 introduit par la loi du 11 février 2005, le préfet de région est chargé d'établir, en liaison avec les préfets de département, un PRIAC. La mise en place du PRIAC pose le problème de son articulation avec le Schéma Gérontologique. L'article L312-5-1 du CASF confère à ce nouvel instrument un rôle de traduction des Schémas en choix de financement, dans les seuls secteurs personnes âgées et handicapées. Il s'agit de déterminer, pour les services de l'Etat, à l'horizon de quatre ans, les cibles prioritaires pour les dépenses d'assurance-maladie, de définir les publics, le type de prise en charge, le territoire et la capacité en nombre de places ou en services. Le PRIAC revêt une pleine et entière opposabilité juridique en ce qui concerne les demandes d'autorisation, ces dernières devant être compatibles avec lui. Peut-on alors voir dans le PRIAC une avancée dans le dialogue entre les collectivités locales et l'Etat, dans la mesure où l'une des difficultés dans le cadre de la planification, tenait à l'absence de capacité d'engagement des DDASS dans le temps ? Le PRIAC se veut être un instrument de rénovation du processus d'allocation budgétaire. Son analyse par la CNSA sera prise en compte pour déterminer l'ONDAM. En ce sens, ce document stratégique de programmation ne vient-il pas contraindre les départements et limiter leurs politiques d'intervention (il est simplement prévu sa communication pour information aux Présidents des Conseils Généraux) ?

Le PRIAC de la région Bretagne 2007-2011 appuie la diversification de l'offre et fait du maintien en milieu ordinaire une priorité de financement, rejoignant ainsi les choix effectués par le Conseil Général du Morbihan. La programmation pour le département du Morbihan est précisée dans le tableau suivant :

<b>Accompagnement en milieu ordinaire de vie. Programmation prévisionnelle des actions prioritaires</b>	2007	2008	2009	2010	2011	total
Accueil de jour pour personnes présentant la maladie d'Alzheimer – nombre de places	17	25		28	29	99
Accueil de jour polyvalent (personnes âgées dépendantes) – nombre de places			27			27
Hébergement temporaire pour personnes présentant la maladie d'Alzheimer – nombre de places	13	13	14	15	16	71
SSIAD pour personnes âgées dépendantes – nombre de places	60	63	67	70	73	333
Total	90	101	108	113	118	530

Schéma Gérontologique et PRIAC témoignent donc de la volonté commune des pouvoirs locaux de promouvoir le développement des formules d'accueil temporaire, et au-delà d'inciter les établissements à une réflexion d'ensemble sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. C'est dans un tel contexte juridique que les Résidences Maréva ont développé leur projet de création d'un accueil de jour de 12 places et d'un accueil de nuit de 4 places.

## **2 L'intérêt du développement de formules alternatives à l'hébergement permanent au sein d'un EHPAD : l'exemple des Résidences Maréva**

L'ambition des Résidences Maréva est de créer un véritable espace intermédiaire entre domicile et établissement, par le biais de la mise en place de formules d'accueil de jour, d'accueil de nuit et d'hébergement temporaire. Les investigations effectuées dans le cadre du dossier CROSMS, les différents entretiens menés m'ont permis d'apprécier les apports de telles formules pour les bénéficiaires et leurs familles, mais également pour l'établissement et les professionnels

### **2.1 Le projet des Résidences Maréva ou la création d'un espace intermédiaire entre domicile et institution**

Le projet des Résidences Maréva se comprend au regard de l'histoire de l'établissement, né de la démarche d'humanisation d'un hospice, mais également au regard de son environnement actuel. Le Pays de Vannes, rayon d'action de l'établissement, comme en témoignent les données statistiques sur l'origine géographique des résidents, connaît aujourd'hui un vieillissement important de sa population.

#### **2.1.1 Les Résidences Maréva, fruit de la démarche d'humanisation d'un hospice**

Les Résidences Maréva résultent de l'autonomisation du secteur « personnes âgées » du Centre Hospitalier de Vannes. Devant la concentration extrêmement importante de personnes âgées dans un même lieu, dans des structures inadaptées (l'hospice Villemin était constitué de chambres pouvant accueillir six à sept personnes), la Direction et le Conseil d'Administration de l'hôpital ont décidé, dès 1986, la mise en œuvre d'une démarche d'humanisation en permettant, conformément aux dispositions de la loi du 30 juin 1975, la création d'un établissement public autonome. Par arrêté préfectoral en date du 13 novembre 1986, la section d'hospice « Le logis Villemin » du Centre Hospitalier a ainsi été transformée partiellement en Maison de Retraite d'une capacité de 303 lits. Le 13 avril 1988, un arrêté du Préfet du Morbihan a érigé cette dernière en établissement public communal à caractère social : les Résidences Maréva.

Le premier établissement autonome créé correspond à l'unité d'hébergement réalisée au Parc du Carmel en centre ville, d'une capacité d'accueil de 84 lits. Les

Résidences Maréva se sont peu à peu agrandies et sont aujourd'hui présentes sur trois sites: les Résidences Le Parc du Carmel, les Oréades et les Nymphéas se situent dans le centre ville de Vannes, tandis que la Résidence Parc er Vor, ouverte en 2004, a été construite à Meucon (dans la périphérie vannetaise).

Les Résidences Maréva proposent, à l'heure actuelle, quatre types de prestations :

- 259 lits d'hébergement permanent dans les unités ordinaires
- 42 lits d'hébergement permanent dans trois unités spécialisées pour les personnes présentant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée
- 6 lits d'hébergement temporaire
- 6 places expérimentales d'accueil de jour

Suite à la signature de la convention tripartite le 14 mars 2003, les Résidences Maréva constituent un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La mise en œuvre de la réforme de la tarification<sup>40</sup> des établissements hébergeant des personnes âgées passe par l'élaboration et la signature d'une convention tripartite pour 5 ans entre l'établissement, le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (le Préfet ou Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation). Les EHPAD sont ainsi des maisons de retraite et des foyers logements qui ont signé une convention tripartite. La Convention, établie à partir d'un cadre national, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire ainsi qu'en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées. Le budget des EHPAD est réparti en trois sections tarifaires étanches :

- la section hébergement, qui recouvre les prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation
- la section dépendance, qui recouvre toute l'aide nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante
- la section soins, qui recouvre les soins médicaux et para-médicaux.

Ce bref historique permet de comprendre l'attachement tout particulier de l'établissement à certaines valeurs déclinées dans le projet d'établissement. Les notions d'accompagnement, de prise en charge individualisée et globalisée de la personne âgée, qui recouvrent les actes de soins, de soutien psychologique, et de mobilisation intellectuelle et sociale, guident sans conteste les différents projets menés par l'établissement. Le développement des Résidences Maréva est marqué par la volonté de rupture avec la culture de l'hospice, culture essentiellement soignante. L'objectif affiché

---

<sup>40</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes [en

par l'établissement est d'apporter les réponses les plus appropriées aux besoins des personnes âgées, en tenant compte de leurs handicaps, leurs déficiences, leur niveau de dépendance, en mettant en place des espaces de vie de qualité. C'est par référence à ces valeurs que l'établissement souhaite aujourd'hui proposer différentes formules alternatives à l'hébergement permanent.

### 2.1.2 Les Résidences Maréva situées au cœur du Pays de Vannes

#### *Le vieillissement inéluctable de la population du Pays de Vannes*

Le département du Morbihan n'échappe pas au phénomène du vieillissement de sa population, conséquence de plusieurs facteurs : la baisse puis la stabilité de la natalité, l'allongement de l'espérance de vie, l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom mais également les flux migratoires, qui se traduisent par l'arrivée de retraités de plus en plus nombreux du fait de l'attractivité du littoral. En 2015, les plus de 75 ans représenteront ainsi 12% de la population du Morbihan (mais seulement 7% de la population d'Ille et Vilaine). Au sein du département, le vieillissement présente des disparités géographiques. 66 % des habitants de plus de 60 ans résident ainsi dans les Pays de Vannes, Lorient et Auray. Concernant la population des personnes de plus de 80 ans, c'est 65% de ces personnes qui habitent dans ces trois pays. On observe une forte concentration de la population de plus de 80 ans dans la commune de Vannes et les communes environnantes<sup>41</sup>.

Bien plus, selon les projections réalisées par l'INSEE, le Pays de Vannes connaîtra avec le Pays d'Auray le plus fort taux d'accroissement de sa population âgée, comme en témoigne le tableau suivant :

	1999	2010	2020	2030	% d'évolution
Population totale du Pays de Vannes	173 682	200 916	225 785	249 069	+43%
Population de + de 60 ans	38 589	50 688	71 238	92 514	+139%
Population de + de 80 ans	6 367	10 730	15 717	22 918	+260%

Source : Le schéma gérontologique 2006-2010 du Morbihan

Avec l'âge, apparaissent plus de situations de dépendance. En 2006, 2538 personnes bénéficiaient de l'APA au sein du Pays de Vannes (12 760 dans le Morbihan). Selon les données du Schéma gérontologique et à l'instar de la situation à l'échelon

---

ligne]. Journal Officiel n°98 du 27 avril 1999 [visité le 1<sup>er</sup> juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

<sup>41</sup> Cf. annexe 2

départemental, le Pays de Vannes devrait connaître une hausse conséquente de son nombre de personnes dépendantes, de l'ordre de 350 personnes en 2010 et 3000 à l'horizon 2030 ( en appliquant le scénario central de l'INSEE).

#### *Etat des lieux de l'offre à destination des personnes âgées dépendantes au sein du Pays de Vannes*

Au regard des projections démographiques et de l'augmentation inéluctable du nombre de personnes âgées dépendantes dans les toutes prochaines années, le dispositif d'offre au sein du Pays de Vannes peut apparaître relativement insuffisant. Un état des lieux peut être rapidement dressé :

- 3 opérateurs de télé-alarme peuvent intervenir sur le Pays de Vannes
- 48 communes sur 61 bénéficient d'un service de portage de repas
- Toutes les communes disposent d'un service d'aide à domicile
- 10 SSIAD (314 places autorisées) interviennent sur 59 communes
- 3 places sont offertes en accueil familial et 52 places en domicile partagé
- 40 établissements offrent une capacité d'accueil de 2370 places d'hébergement permanent, 53 places d'hébergement temporaire, 25 places d'accueil de jour et une place d'accueil de nuit :

Catégories d'établissements	Nombre de places d'hébergement permanent	Nombre de places d'hébergement temporaire	Nombre de places d'accueil de jour	Nombre de places d'accueil de nuit
Petites unités de vie	85			
Foyers logement avec un GMP inférieur à 300	359	7		
Foyers logements avec un GMP supérieur à 300	251	10	5	
Maisons de retraite publiques autonomes	914	8	10	1
Maisons de retraite et USLD <sup>42</sup> rattachées à des établissements hospitaliers	338		4	
Maisons de retraite privées	423	28	6	
TOTAL	2370	53	25	1

Si l'offre de services à domicile (SSIAD...) est relativement satisfaisante dans la Commune de Vannes et sa périphérie, certaines communes apparaissent au contraire isolées. Le maintien à domicile peut dans ces conditions s'avérer difficile. Or les travaux préparatoires au Schéma Gérontologique ont mis en évidence la volonté des personnes âgées de rester à domicile le plus longtemps possible, comme en témoigne d'ailleurs l'entrée en établissement de plus en plus tardive (la moyenne d'âge est de 83 ans en EHPAD).

Selon une étude menée par le Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Inadaptations et les handicaps (CREAI)<sup>43</sup>, au 30 septembre 2006, 48% des bénéficiaires bretons de l'APA vivaient à domicile, contre 60% au niveau national. Seul le Finistère enregistre un nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile supérieur au nombre de bénéficiaires en établissement ; ce constat étant à mettre en rapport, selon l'étude, avec l'offre à domicile plus développée dans ce département (notamment les infirmiers libéraux). On peut sans doute voir également dans ce chiffre, inférieur à la moyenne nationale, la conséquence d'une offre intermédiaire peu importante, pouvant « précipiter » les entrées en établissements. Dans le Pays de Vannes, étaient recensées ainsi, en 2006, 53 places d'hébergement temporaire. Outre le fait que 7 places sont proposées par des Foyers-logements (établissements peu médicalisés, accueillant des personnes relativement autonomes), il faut noter l'existence d'un établissement congréganiste de 23 places d'hébergement temporaire ouvert uniquement durant la période hivernale. 25 places d'accueil de jour et une place d'accueil de nuit complètent ce dispositif.

Prenant acte de ces constats, le Conseil Général du Morbihan a très clairement affiché sa volonté de développer, durant ces quatre prochaines années, le nombre de places d'accueil temporaire.

### **2.1.3 Présentation du projet**

Au regard de ce contexte démographique et institutionnel, et toujours dans l'objectif d'apporter des réponses les plus appropriées aux besoins des personnes âgées, les Résidences Maréva ont développé ces dernières années des solutions alternatives à l'hébergement permanent : 6 lits d'hébergement temporaire ainsi qu'un accueil de jour de 6 places ouvert à titre expérimental en 2004 au Parc du Carmel.

Souhaitant poursuivre cet effort de diversification et face à des listes d'attente importantes, les Résidences Maréva ont retenu deux axes de développement, ces derniers ayant obtenu un avis favorable du CROSMS en juin 2007 :

- La validation de l'unité expérimentale d'accueil de jour de 6 places et la création de 6 places supplémentaires à la Résidence du Parc du Carmel
- La création d'une unité d'accueil de nuit de 4 places à la Résidence les Nymphéas

L'unité d'accueil de jour de 12 places s'adresse aux personnes de plus de 60 ans souffrant de troubles démentiels, de type maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. A l'instar du fonctionnement actuel de l'unité expérimentale, les bénéficiaires

---

<sup>42</sup> Les Unités de Soins de Longue Durée



de l'accueil de jour seront accueillis une ou plusieurs journées par semaine (du lundi au vendredi, de 9h30 à 17h) dans des locaux dédiés. L'accueil de jour affiche une dimension thérapeutique par le biais des activités proposées, permettant la stimulation des ressources physiques et des fonctions cognitives. Un psychologue intervient aujourd'hui ponctuellement auprès des bénéficiaires de l'accueil de jour et organise également des rencontres avec les familles, afin notamment de les aider à se projeter dans l'avenir, à envisager différentes orientations pour leur parent, en fonction de l'évolution de ses besoins. L'établissement souhaite que le rôle de ce dernier soit renforcé dans la future unité de 12 places.

L'unité d'accueil de nuit, dont l'ouverture est prévue en 2008, est destinée à accueillir des personnes âgées une ou plusieurs nuits par semaine (de 17h30 jusqu'au lendemain 9h), le service sera ouvert le week-end. La nuit pose des problèmes spécifiques qui appellent des réponses tout aussi spécifiques : certaines personnes redoutent particulièrement le moment du coucher et manifestent de l'anxiété dès la fin d'après-midi. La désorientation spatio-temporelle peut entraîner des décalages de rythme générateurs d'insomnies.

L'ambition de l'unité d'accueil de nuit est donc d'essayer d'apporter les réponses les plus adaptées possibles à ces différents problèmes. Un accompagnement personnalisé basé sur les habitudes antérieures de détente et de préparation au sommeil sera organisé (écoute de musique, tisane...). La prise des repas avec les autres résidents, l'organisation de veillées permettront de maintenir une vie sociale.

L'établissement propose enfin 6 lits d'hébergement temporaire. Afin de mieux connaître la personne accueillie, ses habitudes de vie, ses attentes, un dossier personnalisé est constitué à l'entrée. La personne âgée bénéficie de l'ensemble des services de l'établissement et participe aux temps relationnels et d'animation. A la différence de l'accueil de jour, les lits d'hébergement temporaire ne font pas l'objet d'une unité spécifique. D'une durée maximale de 90 jours dans l'année, les séjours d'hébergement temporaire ne peuvent dépasser un mois consécutif. Cette politique de l'établissement vise à éviter une perte trop importante de repères et à faciliter le retour à domicile.

---

<sup>43</sup> CREAI Bretagne. *Etudes et observations – Observations régionales CROSMS*. [visité le 1<sup>er</sup> juillet 2007], disponible sur Internet : <http://creaibretagne.org>

L'établissement souhaite proposer des formules souples et évolutives, qui pourront être combinées entre elles, et dont la fréquence pourra être réactualisée en fonction des besoins, à l'image du fonctionnement de l'hôpital local de Mortain.

Les formules existantes à l'heure actuelle rencontrent déjà un succès important au regard notamment des listes d'attente et des taux d'occupation (73% pour l'hébergement temporaire et 80% pour l'accueil de jour en 2006), ce qui invite à réfléchir à l'intérêt de développer de telles formules pour les personnes âgées et leurs familles.

## **2.2 Une réponse pertinente aux attentes des personnes âgées et de leurs aidants**

Après avoir présenté les principales caractéristiques des bénéficiaires actuels de l'accueil de jour ou de l'hébergement temporaire, il sera intéressant d'apprécier l'apport des formules alternatives à l'hébergement permanent à partir des entretiens réalisés avec les personnes âgées, leurs proches ainsi qu'avec les professionnels.

### **2.2.1 Description du public accueilli**

L'étude des caractéristiques des personnes accueillies en accueil de jour ou en hébergement temporaire aux Résidences Maréva, si elle n'a pas pour ambition d'être généralisée à l'ensemble des établissements, permet de mieux cerner les bénéficiaires potentiels de telles formules et leurs attentes.

#### *L'hébergement temporaire*

Les personnes accueillies en hébergement temporaire sont majoritairement des femmes (59,5% en 2006, 69% en 2005). L'âge moyen des bénéficiaires - 83,1 ans en 2005 et 83,6 ans en 2006 - est légèrement inférieur à celui des résidents dans les unités d'hébergement permanent (84,3 ans en 2005 et 85,8 ans en 2006).

La quasi-totalité de ces personnes vivent à domicile : en 2006, 89% des personnes accueillies sont originaires du Pays de Vannes, et parmi elles, 49% de la commune de Vannes.

La majorité des personnes, en 2005 comme en 2006, ont effectué des séjours inférieurs à 15 jours :

#### Répartition par durée des séjours d'hébergement temporaire

Durée des séjours	Inférieurs à la semaine	De 1 semaine à 15 jours	De 16 jours à un mois	Total des séjours
Nombre de séjours en 2005	24	27	41	92
Nombre de séjours en 2006	31	40	42	113

Le nombre de séjours effectués dans l'année par une même personne est variable, comme en témoigne le tableau suivant :

Nombre de séjours effectués par une même personne	1 séjour	2 à 3 séjours	4 à 5 séjours	6 à 7 séjours
En 2005	47 personnes	8 personnes	5 personnes	
En 2006	51 personnes	15 personnes		4 personnes

Plus de 20% des personnes ont ainsi effectué plusieurs séjours dans l'année, le plus fréquemment entre 2 et 3 séjours.

A l'instar des unités d'hébergement permanent, le médecin coordonnateur note la nette augmentation des personnes présentant une dépendance psychique, ce qui l'amène à s'interroger sur l'opportunité d'ouvrir des lits d'hébergement temporaire dans les unités d'accueil Alzheimer.

#### *L'accueil de jour*

Au 30 juin 2007, 18 personnes – 8 femmes et 10 hommes - fréquentent l'accueil de jour. L'âge moyen des bénéficiaires, qui est de 79 ans, est nettement inférieur à l'âge moyen des autres résidents, même si ce dernier est en nette progression (il était de 76,4 ans au 31 décembre 2005). L'accueil de jour accueille, à l'heure actuelle, principalement des personnes présentant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Une personne de moins de 60 ans a été admise à titre dérogatoire.

L'ensemble des bénéficiaires vit à domicile, avec leur conjoint pour la plupart (3 personnes vivent seules). 10 personnes habitent la commune de Vannes même, les autres sont domiciliées au sein du Pays de Vannes (à une distance moyenne de 11,75 km de Vannes, la distance maximale étant de 18 km).

La fréquentation de l'accueil de jour est variable : en juin 2007, 9 personnes sont inscrites pour une journée par semaine, 8 pour 2 journées. Une personne vient à l'unité tous les jours. A ce planning de départ, des journées supplémentaires peuvent être réalisées en fonction des disponibilités de l'unité et des besoins des personnes âgées. Les actuels bénéficiaires fréquentent l'accueil de jour depuis quelques mois ou plusieurs années, comme en témoigne le tableau suivant :

Début de fréquentation de l'accueil de jour	Novembre 2004	1 <sup>er</sup> semestre 2005	1 <sup>er</sup> semestre 2006	2 <sup>nd</sup> semestre 2006	1 <sup>er</sup> semestre 2007
Nombre de bénéficiaires	2	3	5	2	6

La durée moyenne de fréquentation des personnes ayant quitté l'accueil de jour en 2005, 2006 ou 2007 est d'un peu plus de 13 mois.

Certaines personnes combinent les formules d'accueil de jour et d'hébergement temporaire :

Personnes ayant recours à l'hébergement temporaire (HT) et à l'accueil de jour en 2005	1 séjour d'HT	2 séjours d'HT	3 à 4 séjours d'HT	5 séjours et plus d'HT
Accueil de jour 2005	7 personnes	1 personne	2 personnes	1 personne

Personnes ayant recours à l'hébergement temporaire(HT) et à l'accueil de jour en 2006	1 séjour d'HT	2 séjours d'HT	3 à 4 séjours d'HT	5 séjours et plus d'HT
Accueil de jour 2006	4 personnes	4 personnes		1 personne

L'analyse de ces différentes données montrent que ces formules s'adressent à des personnes vivant à domicile (l'accueil temporaire comme relais des professionnels d'un autre établissement, situation décrite par le décret du 17 mars 2004, n'est encore pas pratiqué) et, qui sont en moyenne, plus jeunes que les résidents des unités traditionnelles.

Lors des entretiens menés tant avec les conjoints des personnes accueillies aux Résidences Maréva qu'avec les professionnels de la structure (Directeur, Aide Médico-Psychologique de l'Accueil de jour, psychologue), une réponse unanime a été donnée quant au principal motif de recours à ces formules : permettre aux aidants de « souffler ». En dépit de l'absence de statistiques précises sur ce point, la personne en charge de la gestion des entrées a confirmé que le besoin de répit et de relais des aidants expliquait la plupart du temps l'inscription en accueil temporaire. Cette dernière note cependant que les motifs de recours à l'hébergement temporaire se diversifient à l'heure actuelle : familiarisation avec la vie en institution, période de transition entre deux prises en charge (après une hospitalisation et avant un retour à domicile). Les formules d'accueil temporaire peuvent également constituer dans certains cas une solution d'attente à l'institutionnalisation face à la pénurie de places, ce qui est regrettable.

Il est également à noter le recours à la combinaison de ces deux formules : la moitié des personnes fréquentant l'accueil de jour effectuent au cours de l'année un ou plusieurs séjours d'hébergement temporaire. 20% des personnes accueillies en hébergement temporaire effectuent au moins deux séjours dans l'année. Ces données invitent à la réflexion, l'établissement ayant sans nul doute un rôle à jouer dans la programmation et la combinaison des formules (et ce d'autant plus avec l'ouverture prochaine de l'accueil de nuit).

Il faut enfin souligner le nombre de plus en plus important de personnes souffrant de troubles démentiels, nombre qui va encore augmenter dans les années à venir au regard des données épidémiologiques, et qui suppose l'adaptation de l'accompagnement.

## 2.2.2 Une réponse au besoin de répit et de relais des aidants informels

Les aidants informels, selon la définition du Conseil de l'Europe, sont « *les soignants comprenant des membres de la famille, des voisins ou des membres de groupes, tels les organisations religieuses et bénévoles, qui prêtent des soins et font de l'accompagnement aux personnes dépendantes de façon régulière sans bénéficier d'un statut professionnel leur conférant les droits et obligations liés à un tel statut* ». La famille est le premier lieu de ressource pour la personne âgée en demande de soutien. Il faut ici rappeler que les deux tiers des personnes dépendantes vivent à domicile. Conjoints et enfants sont les principaux aidants. La mise en place de l'APA, prestation qui permet de financer l'intervention d'aides professionnelles, semble cependant avoir peu modifié l'intervention des proches, leur investissement horaire étant deux fois supérieur à celui des professionnels (les aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer consacrent, en moyenne, 57h par semaine à la prise en charge de ce parent. A un stade plus avancé de la maladie, le seuil de 80h peut-être franchi). L'aide peut prendre de multiples formes, de la tâche accomplie personnellement à la gestion coordonnée d'un ensemble d'intervenants. Lorsque la dépendance est élevée, la présence d'une famille proche devient presque indispensable pour vivre à domicile<sup>44</sup>.

Les trois aidants interrogés ont très clairement exprimé leur souhait de tout faire pour que leur conjoint reste le plus longtemps possible à domicile, et même qu'il puisse y passer ses derniers moments. Le sociologue J. Mantovani explique l'intervention du conjoint ou des enfants par la qualité du lien qui les unit à leur parent. « *Dans un système de valeurs qui privilégie de plus en plus l'autonomie individuelle et les choix personnels, cette aide est moins revendiquée comme obéissance à une norme de solidarité que comme volonté de poursuivre des liens privilégiés de personne à personne*<sup>45</sup> ».

Si les aidants sont pleinement partie prenante dans le projet de vie à domicile de leur conjoint, tous ont évoqué leur besoin de répit, l'expliquant par leur investissement important, pouvant avoir des conséquences sur les plans physique comme psychique.

« *Il faut être tout le temps présent, il faut accomplir pour lui tous les gestes du quotidien. Il prend tout mon temps*<sup>46</sup> ».

---

<sup>44</sup> BILLAUD S., septembre 2006, « les déterminants de l'entrée en institution des personnes âgées », *Actualité et dossier en santé publique*, n°56, pp. 43-44.

<sup>45</sup> MANTOVANI J., septembre 2006, « la participation sociale des personnes âgées en perte d'autonomie », *Actualité et dossier en santé publique*, n°56, p 39

<sup>46</sup> Les propos tenus par les personnes interrogées sont retranscrits en italique

Ces phrases, les professionnels les entendent souvent. En consacrant un temps important à la personne dépendante, les aidants peuvent en oublier leur propre santé. 20% des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer déclarent, par exemple, différer ou renoncer à prendre en charge leur propre santé. La maladie peut modifier le comportement de la personne âgée : *« la prise de conscience de la dégradation de son état de santé peut avoir des répercussions sur son humeur, donner lieu à des phénomènes d'irritabilité, voire d'agressivité envers son entourage. La personne peut se sentir gravement humiliée par son incontinence, par la nécessité d'avoir en permanence à recourir à autrui pour être lavée, nourrie, déplacée...<sup>47</sup> »*. Les proches ne sont pas forcément bien préparés à gérer cette situation. Certaines études ont montré que les « personnes soutiens » trouvent plus difficile de continuer à rencontrer leurs amis, de poursuivre leurs activités...et peuvent ressentir une impression d'étouffement. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les trois aidants interrogés mettent à profit le temps libéré par les formules d'accueil temporaire pour sortir à l'extérieur, faire les courses, prendre quelques jours de congés...afin de rompre ce « confinement au domicile ».

Le projet développé à l'heure actuelle par l'établissement leur apparaît pertinent, car il donne la possibilité de choisir la formule qui correspond le mieux aux attentes de la personne âgée et de sa famille, d'en changer si besoin pour une autre ou de les combiner (les données statistiques précédentes témoignent déjà de cette pratique).

Si les aidants ont recours à de telles formules pour « souffler », ils n'en sont pas moins attentifs aux conditions dans lesquelles leur parent est accueilli. Ils ont souligné de façon unanime l'importance des activités, des rencontres, du maintien du lien social. Un aidant, évoquant l'accueil de jour fréquenté par sa femme depuis trois ans, parle *« d'une solution formidable pour la personne âgée. Il y a de nombreuses stimulations. Sans cette formule, la personne se dégraderait beaucoup plus vite »*. Ce témoignage vient, semble-t-il, quelque peu nuancer la réponse unanime de départ. Les motifs de recours à de telles formules sont sans doute plus divers, même si le besoin de répit et de relais est souvent l'élément déclencheur.

Certains aidants ont évoqué une certaine « culpabilité » à laisser leur parent en hébergement temporaire, soulignant « l'ennui » ressenti par ce dernier et une stimulation moindre qu'en accueil de jour. La dimension « soins » est, il est vrai, beaucoup plus présente en hébergement temporaire. Si la logique de projet de vie individualisé ayant pour objectif le maintien des capacités des bénéficiaires et la préservation du lien social s'applique dans l'unité d'accueil de jour, la psychologue souligne qu'il est peut être plus difficile de la mettre en œuvre en hébergement temporaire, du fait principalement de la durée limitée dans le temps des séjours. Un aidant s'est également interrogé sur

---

<sup>47</sup> ARBUZ G., mars 2004, « Maintien à domicile ou vie en institution », *Gérontologie* n°131, p 39.

l'accompagnement proposé dans l'unité d'accueil de nuit, s'inquiétant que cela ne soit qu'une « *simple garderie de nuit* ».

Les aidants ont également évoqué l'importance d'être associés au projet de la personne accueillie. L'entretien de pré-accueil, qui permet un échange entre famille et professionnels de l'établissement, les entretiens ponctuels avec la psychologue ou les rencontres au quotidien avec les professionnels leur apparaissent pertinents.

Eu égard au succès de la formule, les inscriptions en hébergement temporaire doivent être programmées suffisamment à l'avance, notamment en période de vacances. Quant à l'accueil de jour, la liste d'attente est en moyenne d'environ vingt personnes. La gestion des urgences devient, dans un tel contexte, difficile. Un aidant a ainsi regretté l'absence d'une structure permettant de répondre à l'urgence et s'inquiète beaucoup de cette situation : « *comment faire quand on tombe subitement malade et qu'il n'y a pas de membre de la famille pour prendre le relais ?* ». Si certaines situations (crise relationnelle) pourraient être évitées par la programmation de façon anticipée et régulière de périodes d'accueil temporaire, d'autres, telles une hospitalisation imprévue, ne le peuvent pas. Les autorités locales sont conscientes de cette problématique et estiment que le développement des places d'accueil temporaire, préconisé dans le Schéma Gériatrique, devrait permettre d'apporter plus de souplesse au dispositif. La mise en place d'accueil d'urgence, évoqué dans le décret du 17 mars 2004, suppose, sans nul doute, une réflexion d'ensemble des directeurs d'établissements et des autorités locales.

### **2.2.3 Une réponse participant à un maintien à domicile de qualité pour la personne âgée**

Lors des entretiens effectués avec les personnes âgées accueillies en hébergement temporaire et/ou en accueil de jour, toutes ont exprimé leur satisfaction de pouvoir rencontrer d'autres personnes, de pouvoir discuter, échanger, souvent à partir des ateliers proposés. Parfois « confinées » au domicile, la famille n'étant pas toujours sur place et les relations amicales et de voisinage ayant pu s'effriter au fil des ans, les personnes âgées sont à la recherche de nouvelles relations. On voit ici toute l'importance du lien social ; « *la qualité de vie à la vieillesse apparaît très liée à la capacité de se reconnaître comme partie intégrante d'un tout relationnel*<sup>48</sup> ».

Les professionnels de l'établissement ont insisté sur le fait que « *la personne âgée doit être au cœur du projet* ». Il est important que l'accompagnement de la personne se

---

<sup>48</sup> MANTOVANI J., septembre 2006, « la participation sociale des personnes âgées en perte d'autonomie », *Actualité et dossier en santé publique*, n°56, p 41

fasse avec le souci du respect de ses habitudes de vie et de ses choix. Les temps relationnels et d'activités, qui consistent moins "à faire" qu'à "être en faisant", apparaissent primordiaux aux professionnels : ils réveillent la créativité et atténuent, par une stimulation des ressources physiques et des fonctions cognitives, la désorientation et donc la dépendance. Si les ateliers permettent à la personne âgée de continuer à exister socialement, affectivement en favorisant la communication, ils lui permettent également de conserver une dignité et un sens de l'utilité sociale. Les professionnels voient dans la diversité des formules alternatives (hébergement temporaire, accueil de jour et de nuit) la possibilité de s'adapter au plus près des besoins de chacun, de proposer des « *solutions à la carte* ».

Parce qu'elles permettent tout à la fois le répit des aidants et qu'elles favorisent le maintien de l'autonomie et l'intégration sociale des personnes âgées dépendantes (ce qui suppose qu'elles soient plus qu'une garderie), les formules d'accueil temporaire concourent au soutien à domicile. Elles participent à créer les conditions d'un maintien à domicile de qualité. La volonté exprimée de conserver son domicile, même en cas de perte importante de l'autonomie, est ainsi respectée.

Cet attachement au domicile a été unanimement exprimé lors des entretiens avec les personnes âgées bénéficiaires des formules d'accueil temporaire : le domicile est considéré comme un refuge, lieu de nombreux souvenirs (on est « *chez soi* »). Le domicile est « *porteur de fonctions symboliques complexes. Une des plus évidentes est la fonction d'enracinement, de retour à ses repères. La personne âgée qui reste à domicile n'est pas dépaylée. Elle est dans son univers et a l'impression de conserver la maîtrise de sa vie*<sup>49</sup>. ».

Si la démarche d'inscription est presque exclusivement le fait des familles, les professionnels estiment très important de recueillir l'adhésion de la personne âgée. Lors d'une entrevue avec une personne fréquentant l'accueil de jour une journée par semaine, celle-ci a ainsi clairement exprimé son refus d'y aller plus souvent.

Si les formules alternatives permettent le soutien des aidants familiaux sur lesquels reposent en grande partie le projet de vie à domicile de la personne âgée dépendante, si elles peuvent servir d'alternative soit à un « confinement à domicile » soit à une institutionnalisation, leur utilisation peut dans certains s'éloigner de cette ambition première, comme en témoigne la réflexion faite par un usager : « *je suis devenu un Sans Domicile Fixe* ». Qu'en est-il alors du droit au choix de la personne âgée, consacré par la loi du 2 janvier 2002?



Certaines familles mettent en place un véritable « arsenal » autour de la personne âgée dépendante, organisant l'intervention des multiples professionnels à domicile, multipliant les séjours d'accueil temporaire. Avec l'ouverture prochaine de l'accueil de nuit, la Cadre de santé estime important que la combinaison des formules d'accueil temporaire entre elles et leur fréquence fassent l'objet d'une réflexion approfondie, en concertation avec la personne âgée, sauf à créer un mal-être chez la personne et à accentuer sa perte de repères. Lors des entretiens, les professionnels ont insisté sur le fait l'établissement doit également amener la personne âgée et sa famille à se projeter dans l'avenir : jusque quand le recours aux formules d'accueil temporaire est-il pertinent ? N'apparaît-il pas préférable dans certains cas d'envisager une entrée en établissement ? Ce passage sera d'autant plus facilité que le recours à l'accueil de jour, de nuit ou à l'hébergement temporaire a permis une familiarisation à la vie en institution, tant pour la personne âgée que pour l'aidant.

## **2.3 Un projet porteur de dynamisme pour l'établissement et d'ouverture sur l'extérieur**

Lors de l'entretien avec la responsable du secteur personnes âgées du Conseil Général, cette dernière a fait part de l'hésitation de certains directeurs à créer des solutions alternatives à l'hébergement permanent au sein de leur établissement à l'heure actuelle, craignant des taux d'occupation faibles et les difficultés financières en découlant. Il est vrai que les taux d'occupation des unités d'accueil et d'hébergement temporaire sont de l'ordre de 50% dans le Morbihan. Sur l'initiative du Conseil Général, un groupe de réflexion regroupant les directeurs de structures a été mis en place. Même s'il ne faut pas nier l'importance de ces difficultés, la création d'un projet d'accueil temporaire peut générer dynamisme et ouverture, comme en témoigne l'exemple des Résidences Maréva. Ne voit-on pas alors se dessiner l'EHPAD de demain, véritable plate-forme de services, largement inséré dans son environnement ?

### **2.3.1 Un projet porteur de dynamisme**

*L'occasion d'initier une réflexion d'ensemble sur le fonctionnement de l'établissement*

La création de formules alternatives à l'hébergement permanent au sein d'un EHPAD peut permettre au directeur d'initier une réflexion plus générale sur le parcours des personnes accueillies, de l'admission à la vie dans l'établissement.

---

<sup>49</sup> ARBUZ G., mars 2004, « Maintien à domicile ou vie en institution », *Gérontologie* n°131, p 29.

La création au sein des Résidences Maréva des 6 lits d'hébergement temporaire et des 6 places expérimentales d'accueil de jour s'est ainsi accompagnée d'une véritable réflexion sur l'admission. Prenant en compte le fait que la liste d'attente comprend en moyenne 600 dossiers, différentes propositions ont émergé, permettant d'amorcer une véritable démarche qualité sur l'entrée en maison de retraite. Lors d'une demande d'inscription, les personnes chargées de l'accueil présentent désormais systématiquement l'ensemble des prestations de l'établissement ; des dépliants ont été réalisés. Un entretien de pré-accueil est organisé avant toute admission en hébergement permanent. Avec le projet actuellement mené, l'objectif affiché est de poursuivre cette démarche, de faire connaître à la personne âgée et à sa famille les différentes formules, afin de leur permettre de faire le choix le plus éclairé possible, correspondant au mieux aux attentes de la personne et à sa trajectoire de vie.

Les formules d'accueil temporaire étant limitées dans le temps, il faut être capable de formaliser rapidement des projets, de les évaluer et de les modifier si nécessaire. Estimant que ces principes devaient également guider la prise en charge des résidents en hébergement permanent, les Résidences Maréva ont fait le choix de mettre en place dans l'ensemble des unités, des projets de vie individualisés et évolutifs : des transmissions « projet de vie », programmées une fois par semaine, permettent aux équipes de repenser régulièrement les objectifs d'accompagnement des résidents.

*« L'accueil temporaire, qui pouvait apparaître aux termes de la loi du 2 janvier 2002, comme se limitant à un mode de prise en charge nouveau dans une palette à développer, constitue un axe de modernisation de l'offre d'accompagnement... ».* Cette analyse effectuée par la circulaire du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées, trouve également, sans nul doute, à s'appliquer au secteur personnes âgées.

#### *Des perspectives nouvelles pour les professionnels*

Lors du recrutement organisé pour pourvoir le poste d'AMP à l'accueil de jour (par voie de mutation interne), les différents candidats ont exprimé le fait que ce poste « *pouvait donner un second souffle à leur carrière* », leur « *donner de nouvelles perspectives* » (gestion d'un groupe, planification et organisations d'ateliers..). Tous ont en effet souligné que ce travail supposait un accompagnement différent de celui effectué dans les unités d'hébergement permanent. Le projet développé par les Résidences Maréva ouvre, en ce sens, de nouvelles possibilités d'évolution de carrière pour les professionnels.

Le fait d'accueillir régulièrement des personnes en hébergement temporaire peut permettre également d'impulser une nouvelle dynamique dans la vie des services,

prévenant l'installation d'une certaine « routine ». Les professionnels ont cependant fait part de la plus grande fatigue que pouvait entraîner ce type d'accueil : lors de différentes réunions de services, certains ont souligné qu'il était important de veiller à ne pas trop alourdir la charge de travail des agents.

### **2.3.2 Un projet porteur d'ouverture sur l'extérieur**

#### *Faire connaître et améliorer l'image de l'établissement*

La création de formules alternatives à l'hébergement permanent peut être l'occasion pour le directeur de faire connaître et d'améliorer l'image de l'établissement vis à vis du public, en faisant de l'EHPAD un partenaire du soutien à domicile, proposant de multiples services. Le directeur des Résidences Maréva prévoit une phase de communication (invitation de la presse...) sur l'existence des formules d'hébergement temporaire, d'accueil de jour et d'accueil de nuit, preuve du dynamisme, de l'ouverture et de la créativité de l'établissement. Ce dernier estime très important de donner une image variée de la maison de retraite, qui n'est pas seulement le dernier lieu de vie (un récent sondage de la Fédération Hospitalière de France, publié le 14 mai 2007, précise que 49% des français ont encore une mauvaise opinion des maisons de retraite, cadre de vie imparfait et financièrement coûteux).

La question des modalités et des supports de communication nécessite, sans nul doute, une réflexion particulière de la part des directeurs. Deux aidants interrogés ont ainsi souligné que ces formules restaient encore peu connues et que certaines personnes de leur entourage, pourtant confrontées à la dépendance de l'un de leurs proches, en ignoraient l'existence. La responsable du secteur personnes âgées au Conseil Général estime également que le manque de communication autour de ces formules peut expliquer dans certains cas la faiblesse des taux d'occupation.

#### *L'opportunité de développer de nouvelles collaborations*

A l'heure actuelle, 75% des bénéficiaires de l'unité d'accueil de jour des Résidences Maréva sont adressés par l'hôpital de jour du centre hospitalier de Bretagne Atlantique. Un partenariat s'est installé entre les professionnels des deux structures. Ces liens n'ont cependant pas encore fait l'objet d'une convention formelle, convention qui permettrait d'améliorer la continuité de la prise en charge des personnes âgées (transmission des dossiers...).

Lors de la visite effectuée à l'hôpital local de Mortain, la directrice a souligné que la mise en place du service d'accueil mixte avait progressivement permis de tisser des liens (mise en place de carnets de liaison...) avec les autres acteurs du secteur gérontologique, prestataires d'aide à domicile et Centre Communal d'Aide et d'Action

Sociale, afin de garantir une continuité et un suivi dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Au-delà, on peut sans doute y voir une condition à la réussite même de ces formules au sein d'un EHPAD. A la différence d'un hôpital local, un EHPAD ne dispose pas de lits de médecine ou de soins de suite qui lui permettraient, à l'exemple de l'hôpital local de Mortain, d'orienter ses patients après leur hospitalisation vers un hébergement temporaire, un accueil de jour ou de nuit.

La DDASS du Morbihan est, à l'heure actuelle, très attentive aux modalités de coopération envisagées lors des créations de structures mais également lors du renouvellement des conventions tripartites.

### **2.3.3 Vers l'EHPAD de demain ?**

Le Centre d'Analyse Stratégique, dans son rapport de 2006, a dressé les contours de l'EHPAD de demain : Implanté dans la Cité, ce dernier devient « *plate-forme de service* », « *carrefour polyvalent de services à la personne* ». Le projet des Résidences Maréva et plus largement, la création de formules d'accueil diversifiées entre domicile et établissement représente sans nul doute un premier pas dans la constitution de cet établissement. Les combinaisons possibles des différentes formules sont multiples et peuvent d'autant plus être pertinentes que l'établissement gère un SSIAD, un service de garde itinérante de nuit ou travaille en partenariat avec d'autres établissements et prestataires. Face à la diversité des besoins et des situations présentées par une population hétérogène, l'objectif est de proposer une palette diversifiée de services, dans laquelle chaque personne âgée pourra faire son choix : « *Les personnes âgées potentiellement concernées à l'horizon des quinze prochaines années...auront l'expérience d'une mobilité géographique et professionnelle supérieure aux générations précédentes. Elles se situeront sans doute davantage comme « acteur décisionnaire » de leur parcours de vie, souhaitant choisir les services et les modalités de leur hébergement comme elles ont choisi jusqu'alors leur logement, leur voiture<sup>50</sup>...* ».

L'exercice de ce libre choix apparaît également très lié aux possibilités financières des usagers. En dépit de la perception de l'APA, un aidant a ainsi fait part de ses difficultés financières, qui ne lui permettent pas d'inscrire sa femme une deuxième journée par semaine à l'accueil de jour. L'attachée du Conseil Général a également évoqué le problème de solvabilisation de la demande. Comment alors tendre à la neutralité des choix en termes financiers pour l'utilisateur ? On perçoit ici tout l'enjeu du débat actuel sur la création d'un cinquième risque « dépendance ».

---

<sup>50</sup> CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Paris : La Documentation française; p 74

Au-delà, Le Centre d'Analyse Stratégique estime que ces EHPAD, devenus plateforme de services et acteurs polyvalents<sup>51</sup>, pourront assumer une partie du travail de coordination des services à la personne âgée, évitant ainsi la multiplication des structures ad hoc dédiées à la coordination.

Aujourd'hui encore, les cloisonnements qui existent entre domicile et institution, entre secteurs sanitaire, médico-social et d'aide à domicile ont pour conséquence de reporter en partie la charge de la coordination sur les personnes âgées et leurs familles. A titre d'illustration, lors d'un entretien avec un aidant, ce dernier a évoqué le « véritable arsenal » qu'il avait organisé pour permettre le maintien à domicile de son conjoint :

- le passage d'infirmiers libéraux 3 fois par semaine
- 5h d'aide ménagère hebdomadaire
- une journée par semaine à l'Hôpital de Jour (Centre Hospitalier de Vannes)
- deux journées à l'Accueil de Jour des Résidences Maréva
- une journée au Club Thérapeutique (Etablissement public de Santé Mentale)
- séjours réguliers d'hébergement temporaire aux Résidences Maréva

Ce travail de recherche d'informations et de coordination des différentes aides s'avère être, en l'espèce, une charge lourde et fatigante pour l'aidant. Il est cependant à noter que les deux autres aidants interrogés n'ont pas évoqué ce problème : en bonne santé, ils ont, de plus, reçu l'aide de leurs enfants pour effectuer les démarches. La mise en service du Centre Local d'Information et de Coordination<sup>52</sup> (CLIC) en septembre 2007 devrait être un soutien important pour les personnes âgées et leurs familles.

Les différents entretiens et observations menés ont donc montré la pertinence du développement de formules alternatives à l'hébergement permanent au sein d'un EHPAD. Cette pertinence, tant du point de vue des bénéficiaires et de leurs familles que de l'établissement, suppose cependant le respect d'un certain nombre de conditions.

---

<sup>51</sup> Les établissements pourront offrir une large gamme de services ou travailler avec d'autres prestataires, dans le cadre de conventions, de groupement de coopération sanitaire ou de groupement de coopération sociale et médico-sociale. Cf annexe 3.

<sup>52</sup> Mis en place en 2000 à titre expérimental, les CLIC sont entrés en phase opérationnelle en 2001. La circulaire du 18 mai 2001 précise qu'il s'agit « *tout à la fois d'un centre de ressources et d'informations qui dispose d'une base de données actualisées sur l'offre de services sur le territoire qu'il couvre, un lieu d'écoute et de dialogue, une structure de communication et d'aide à la décision.* ». La loi du 2 janvier 2002 confère aux CLIC la qualification d'établissements sociaux et médico-sociaux et la loi du 13 août 2004 en confie la responsabilité au Conseil Général. Trois niveaux de label existent. De niveau 2, le CLIC du Pays de Vannes sera un centre d'accueil, d'information, de conseil et de soutien aux familles et assurera également des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide en concertation avec les personnes âgées.

### **3 Les conditions d'un fonctionnement optimal des formules alternatives à l'hébergement permanent**

Si cette partie n'a pas pour ambition d'être exhaustive, plusieurs conditions apparaissent cependant importantes pour garantir un fonctionnement optimal des formules alternatives à l'hébergement permanent au sein d'un EHPAD : un projet d'accompagnement bien défini, la maîtrise des aspects financiers mais également la mise en place de dispositifs d'évaluation et de coordination effectifs.

#### **3.1 Un projet d'accompagnement bien défini**

Avant d'envisager les modalités d'accompagnement au quotidien, il est indispensable de déterminer au préalable le public accueilli, les principes et objectifs de prise en charge. Ces derniers, élaborés à partir des besoins des personnes âgées, sont rappelés dans les différents outils de promotion des droits des usagers.

##### **3.1.1 La détermination préalable du public accueilli, des principes et objectifs de prise en charge**

La rédaction d'un projet d'établissement ou de service a été rendu obligatoire dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux par la loi du 2 janvier 2002 (article L311-8 du CASF). Etabli pour une durée maximale de cinq ans, après consultation du Conseil de Vie Sociale, ce document présente de multiples facettes : il fixe les modes d'organisation, explique les valeurs qui fondent les différentes actions de l'établissement et est également un outil de négociation budgétaire. L'article 2 du décret du 17 mars 2004 précise que dans le cas des établissements pratiquant l'accueil temporaire de manière non exclusive, « *le projet d'établissement et de service prévoient les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire* ».

La détermination du public accueilli au sein des formules d'accueil temporaire, la définition des objectifs et principes de prise en charge, leur inscription dans le projet d'établissement sont un préalable indispensable avant d'envisager les propositions d'actions. Si le projet d'établissement n'a pas juridiquement à être soumis aux instances représentatives du personnel, sa modification suppose en pratique l'association des agents, qui feront fonctionner au quotidien ces différentes formules.

La détermination du public accueilli doit faire l'objet d'une réflexion approfondie de la part du directeur et de ses équipes. Les formules d'hébergement temporaire, d'accueil de jour ou bien encore d'accueil de nuit sont-elles polyvalentes, destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou réservées plus spécifiquement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ? Est-il opportun de moduler les critères d'admission en fonction du type de formules ? N'est ce pas alors limiter les possibilités de combiner les formules entre elles ? Faut-il privilégier l'homogénéité des groupes, facilitant la mise en place de l'accompagnement thérapeutique ou au contraire leur diversité, source de richesse ? Ces questions trouvent leurs réponses dans le contexte local et il appartient donc au directeur de mener une étude de besoins au niveau du bassin de vie de l'établissement, de se référer aux objectifs fixés dans le Schéma Gérontologique et dans le PRIAC, d'envisager le fonctionnement de ces formules avec le reste de l'établissement.

Au regard de ces éléments, les Résidences Maréva ont fait le choix de faire des formules d'hébergement temporaire et d'accueil de nuit des formules polyvalentes, tout en prenant en compte le fait que, à l'instar des unités d'hébergement permanent, les syndromes démentiels sont de plus en plus fréquents. L'unité d'accueil de jour est, quant à elle, plus spécifiquement dédiée aux personnes présentant la maladie d'Alzheimer. Compte tenu du niveau de médicalisation de l'établissement, il a également été précisé que, pour l'ensemble de ces formules, les personnes accueillies ne doivent pas présenter un état de santé tel qu'il nécessite une assistance médicale lourde et permanente ou des troubles agressifs importants, pouvant mettre en danger le groupe ou le personnel.

Quelque soit le choix retenu, au regard des observations et des entretiens effectués, il apparaît primordial que les formules alternatives répondent aux objectifs suivants :

- préserver l'autonomie des personnes accueillies
- lutter contre l'isolement et favoriser la vie sociale
- apporter protection et sécurité
- aider les aidants naturels
- s'inscrire dans une politique de soutien à domicile

La prise en charge doit, quant à elle, être fondée sur cinq principes :

- Le respect de l'identité de chaque bénéficiaire, de ses choix, de son rythme de vie, de ses goûts
- L'accompagnement social et thérapeutique, décliné dans des projets de vie et de soins individualisés, est souple et évolutif. Les activités proposées permettent le maintien des capacités de la personne accueillie.
- La personne et sa famille forment un tout.

- Le soutien apporté à la personne accueillie et sa famille doit être aussi précoce que possible afin d'éviter notamment « la rupture catastrophe » avec la personne accueillie.
- La prise en charge est réalisée en lien avec les autres partenaires qui s'occupent de la personne.

Si les accueils de jour et de nuit des Résidences Maréva font l'objet d'unités spécifiques, les lits d'hébergement temporaire sont inclus au sein des unités d'hébergement permanent. La mise en place d'une unité spécifique d'hébergement temporaire permettrait sans doute de positionner encore plus clairement cette formule comme un instrument de soutien à domicile. A défaut, ces places peuvent être perçues comme une simple antichambre avant l'entrée en hébergement permanent, alors même que le projet d'établissement est tout autre. Cette problématique est également un point important à aborder lors de l'élaboration du projet d'établissement.

Le directeur doit donc être le promoteur et le garant des différents objectifs et principes de prise en charge, élaborés à partir des besoins des usagers et de leurs familles. Il ne doit pas hésiter à les rappeler lorsque le fonctionnement au quotidien s'en éloigne. Ce sont autour de ces valeurs que les équipes doivent se fédérer.

### **3.1.2 Leur déclinaison au travers d'actions concrètes**

Les objectifs et principes de prise en charge doivent être déclinés, dans un second temps, au travers d'actions concrètes :

#### *Les modalités d'admission et d'accueil*

Il est important de réfléchir à cette étape, qui apparaît primordial dans la prise en charge future de la personne âgée. Il est souhaitable que toute personne intéressée par une des formules fasse une visite préalable. Au vu de l'évaluation personnalisée de l'autonomie réalisée par le médecin traitant, sur la base de la méthodologie réglementaire (grille AGGIR), le médecin coordonnateur donne son avis sur l'admission de la personne âgée. Sauf dans les hypothèses d'urgence, l'organisation d'un entretien de pré-accueil par le cadre de santé et le psychologue apparaît pertinent : ce dernier est l'occasion de s'assurer du consentement de la personne âgée et de recueillir son histoire de vie, afin d'adapter le plus possible la prise en charge à ses habitudes et goûts. Les professionnels de l'établissement peuvent, en fonction des besoins et attentes de la personne, de l'environnement dans lequel elle évolue, la réorienter vers une formule plus pertinente ou proposer la combinaison de plusieurs formules (par exemple, fréquentation de l'accueil de jour avec des séjours réguliers en hébergement temporaire, pouvant permettre d'éviter une « crise relationnelle » et une entrée précipitée en hébergement permanent). Dans



cette dernière hypothèse, il faut être attentif à ce que cette combinaison ne soit pas détournée et utilisée comme substitutif à l'hébergement permanent. Cet entretien permet également de présenter le fonctionnement de l'établissement.

Cette étape apparaît donc importante pour préparer au mieux l'entrée de la personne mais également pour initier un véritable dialogue avec la famille, condition nécessaire à une prise en charge de qualité.

### *L'accompagnement au quotidien*

Les Résidences Maréva ont exprimé la volonté de mettre en place, pour l'ensemble des formules proposées, un accompagnement individualisé tenant compte des besoins et des souhaits de la personne, des compétences et ressources de celle-ci et de l'environnement dans lequel elle évolue, des soutiens dont elle dispose. Respectueux des choix et des habitudes de vie de la personne, il se traduit par la mise en place de temps relationnels et d'activités adaptés<sup>53</sup>. Ces derniers, par une stimulation des ressources physiques et des fonctions cognitives, visent à la préservation de l'autonomie et au maintien du lien social.

Parce que les formules d'accueil temporaire ne suffisent parfois plus et qu'une entrée en hébergement permanent s'avère nécessaire, il est important que l'organisation de certaines de ces activités permette la rencontre avec les autres résidents afin de permettre une familiarisation progressive à la vie en institution.

Afin de répondre à l'objectif de réactivité et de souplesse, les projets individualisés doivent faire l'objet d'évaluations régulières, avec dans l'idéal, si la personne utilise plusieurs formules, l'ensemble des équipes qui la prennent en charge (ce qui peut se révéler compliqué dans un établissement multi-sites, comme le sont les Résidences Maréva). Il appartient alors au directeur d'être le promoteur d'une véritable démarche de projet : il s'agit de passer d'une réunion de synthèse, tournée vers le passé, privilégiant les informations et les anecdotes, à une réunion de projet, privilégiant l'avenir et la formulation de propositions.

La responsabilité de l'organisation de ces bilans peut être confiée conjointement au Cadre de Santé et au psychologue. L'établissement doit être capable de moduler sa prise en charge en fonction de la situation évolutive du bénéficiaire (revoir la fréquence d'utilisation de telle ou telle formule, adaptation des horaires d'accueil...). A l'instar du fonctionnement de l'hôpital local de Mortain, l'équipe de direction des Résidences Maréva pourrait envisager la possible transformation de lits d'accueil de nuit en lits d'hébergement

---

<sup>53</sup> Cf annexes 4, 5 et 6.

temporaire pour répondre à un besoin particulier d'un usager (ce qui nécessite une réflexion approfondie quant à l'organisation des équipes).

#### *Les modalités d'association des aidants*

Parce que la personne âgée et sa famille forment « un tout », différentes modalités d'association des aidants à l'élaboration et au suivi des projets personnalisés ont été retenus:

- entretien de pré-accueil
- entretiens à intervalles réguliers avec le psychologue
- organisation de temps d'échange (par exemple, autour d'un café), afin de favoriser le lien entre les familles et les professionnels mais également entre les familles elles-mêmes.

Si l'établissement a un devoir d'information vis à vis des familles, il appartient au directeur d'initier une réflexion sur les modalités de cette information : le contenu, la fréquence, le support, la personne responsable de la diffusion mais également le traitement du feed-back de cette information. Au-delà, le véritable défi du directeur et de ses équipes est de faire participer les aidants, de faire de chaque famille un partenaire de l'établissement.

Il pourrait être également envisager d'enrichir ce dispositif par la mise en place de groupes de paroles ou de modules d'information (sur la maladie d'Alzheimer...) à destination des aidants, favorisant l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur.

### **3.1.3 Les dispositions destinées à garantir les droits des bénéficiaires**

En définissant les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social (article L311-3 du CASF), puis en fournissant des outils propres à garantir l'exercice effectif de ces droits (articles L311-4 à L311-9), la loi du 2 janvier 2002 vise à la reconnaissance de l'usager comme sujet de droit, et non comme simple objet de droit. L'article L311-3 consacre ainsi la prééminence de la volonté de l'usager, sa participation à la conception et à la mise en œuvre d'un projet individualisé.

A l'instar du projet d'établissement qui tient compte de la particularité des formules d'hébergement temporaire, d'accueil de jour et de nuit, les Résidences Maréva ont fait le choix de mettre en place des outils de promotion des droits des usagers spécifiques à ces formules. Il est important de donner à la personne accueillie et à sa famille une information claire sur le fonctionnement de l'établissement et sur les modalités d'accès à l'information et à la participation des usagers.

Conformément aux dispositions de l'article L311-4 du CASF, il est ainsi prévu la remise d'un livret d'accueil, composé :

- d'une présentation de l'ensemble des Résidences Maréva
- d'une présentation des prestations et des conditions de séjour en l'Accueil de jour/de nuit ou en hébergement temporaire
- de la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie<sup>54</sup>
- d'un questionnaire de satisfaction destiné à recueillir les critiques, les observations et les propositions d'améliorations
- du Contrat de Séjour et du Règlement de Fonctionnement

Au-delà de l'information délivrée, le livret d'accueil peut servir de référence pour des actions en responsabilité : en cas d'absence de prestations ou de mauvaises qualités, les bénéficiaires pourraient ainsi demander des dommages et intérêts en prouvant que l'établissement a commis une faute qui leur a causé un préjudice.

Le règlement de fonctionnement (article L311-7) a pour objectif de faire connaître les principes qui régissent la vie collective et les conséquences de leur non-respect, ainsi que les modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement des services. Parce que les unités d'accueil de jour ou de nuit sont un concept d'accueil à temps partiel, avec des horaires et des prestations différents, il est opportun d'élaborer un règlement de fonctionnement spécifique à ces unités : si ce règlement constitue une garantie des droits des usagers, il est également garant pour l'établissement d'un bon fonctionnement (horaires d'accueil...). Son non respect peut entraîner le prononcé de sanctions par le directeur, pouvant aller jusqu'à l'exclusion en cas notamment d'incompatibilité avec la vie collective<sup>55</sup>. Dans l'hypothèse où le projet d'établissement a prévu que les places d'hébergement temporaire sont incluses dans les unités d'hébergement permanent, le règlement de fonctionnement général de l'établissement peut trouver alors à s'appliquer.

Un point doit particulièrement attirer l'attention du directeur : la détermination du temps de prise en charge et derrière la responsabilité de l'établissement. En dépit d'hésitations jurisprudentielles<sup>56</sup> et comme l'a souligné M. Lhuillier, « *l'attribution des responsabilités, c'est à dire la fixation du moment où la responsabilité de l'établissement sera engagée à la place de celle de l'utilisateur pour les dommages qu'il aura causés devra être définie dans le règlement de fonctionnement*<sup>57</sup>. ». On peut ainsi envisager, pour un

---

<sup>54</sup> Ce texte énumère l'ensemble des droits de tout usager et apparaît fondamental. Il est présenté en annexe 7.

<sup>55</sup> Conseil d'Etat 17 mars 1993, M. T. c/Le foyer le Bosquet req. n°89572 : Lebon 71 : exclusion d'un pensionnaire hébergé dans un foyer-logement pour des faits graves et répétés compromettant le bon ordre et le fonctionnement normal de l'établissement. Les motifs de renvoi et la procédure à suivre (entretien avec la direction...) doivent être prévus dans le règlement de fonctionnement.

<sup>56</sup> Cass Crim, 25 mars 1998, JCP, n°42, 14 octobre 1998, p1807 et Cass civ, 6 juin 2002, Mme G. c/association de la région havraise pour l'enfance et l'adolescence en difficultés, RDSS, 2003.127. Ces deux arrêts ont été rendus dans le champ de la protection de l'enfance.

<sup>57</sup> LHUILLIER JM., 2007, *Le droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : éditions ENSP, p 141

accueil de jour ou de nuit, où le transport n'est pas assuré par l'établissement, que le règlement précise que la responsabilité de l'établissement s'arrête au moment où la personne âgée franchit le seuil de l'établissement, après les horaires d'ouverture. Des possibilités de dérogation peuvent toujours être introduites par le contrat de séjour.

L'article L311-4 précise qu'un contrat doit être signé entre le directeur et la personne accueillie ou son représentant légal, dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois (article D 311). Signé dans le mois qui suit l'admission, ce dernier précise notamment les objectifs de prise en charge, les prestations offertes, les conditions de participation financière, les modalités de révision ou de résiliation du contrat. Il est important que des contrats spécifiques à l'accueil de jour, de nuit ou à l'hébergement temporaire soient de ce fait élaborés. La conclusion d'un tel contrat donne la possibilité de poursuivre en justice tout défaut d'exécution des obligations fixées.

En complément de ces différents outils de promotion des droits et de la participation des usagers, il est instauré dans chaque établissement, un Conseil de Vie Sociale, organisme consultatif, lieu d'expression des personnes accueillies et de leurs familles. L'article D311-10 dispose que « *les représentants des personnes accueillies et les représentant des familles sont élus... à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accueillies et prises en charge et par l'ensemble des familles...* ». En application de cet article, des bénéficiaires des formules d'accueil temporaire ou leurs familles peuvent être élus et siéger au Conseil. Si tel n'est pas le cas, il pourrait être pertinent d'inviter, en fonction de l'ordre du jour des séances (bilan des animations...), une personne fréquentant l'accueil de jour, de nuit ou l'hébergement temporaire.

### **3.2 La nécessaire maîtrise des aspects financiers**

La maîtrise des aspects financiers s'avère être également un élément important de la réussite des formules alternatives à l'hébergement permanent. Un directeur doit être particulièrement attentif aux montants des dépenses du groupe 2 (charges afférentes au personnel) et du groupe 3 (charges afférentes à la structure) afin de pouvoir proposer des tarifs attractifs pour les potentiels bénéficiaires, garantissant en partie un taux d'occupation satisfaisant pour l'établissement. A partir d'un certain nombre de places (6-8 places), l'élaboration d'un budget annexe est de ce fait pertinente et peut d'ailleurs être imposée par les autorités de tarification.

### 3.2.1 Un projet mis en œuvre par un personnel qualifié

Le fonctionnement optimal d'un accueil de jour, d'un accueil de nuit ou d'une unité d'hébergement temporaire dépend largement du personnel qui y est affecté et qui met en œuvre au quotidien le projet de service préalablement déterminé. Le recrutement constitue ainsi un enjeu de qualité et de succès de ces formules. L'objectif de maîtrise des coûts amène une réflexion sur le nombre et la qualification de ces personnels.

L'annexe III de la circulaire du 16 avril 2002 donne à ce titre quelques recommandations sur les moyens en personnel à prévoir pour faire fonctionner un accueil de jour dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. « *Pour fonctionner, l'accueil de jour doit disposer de personnels intervenants de façon constante, à temps plein ou à temps partiel : infirmier, psychologue, aide médico-psychologique (AMP) ; de personnels intervenants selon le projet et les besoins des personnes accueillies : kinésithérapeute, ergothérapeute, aide soignant..., du personnel administratif et du personnel d'aide et d'accompagnement...* ».

Dans le cadre du dossier CROSMS de régularisation et d'extension à 12 places de l'accueil de jour des Résidences Maréva, il a été présenté un tableau prévisionnel des effectifs nécessaires au fonctionnement de l'unité du lundi au vendredi, de 9h à 17h<sup>58</sup> :

Accueil de jour 12 places Nombre et qualification des personnels	GROUPE 2 :Charges afférentes au personnel		
	Hébergement	Dépendance	Soins
0,25 psychologue		10 000 €	
0,50 IDE			25 000 €
2,55 <sup>59</sup> AMP		29 334 €	68 446 €
Total		39 334 €	93 446 €

Afin de proposer l'accompagnement le plus adapté possible aux besoins des personnes accueillies, le choix des Résidences Maréva s'est porté sur le recrutement d'AMP qui, de part leur formation initiale, ont été préparées à la prise en charge des personnes atteintes de troubles démentiels. Ces dernières assureront l'accompagnement des personnes accueillies, tant sur un plan physique que moral, planifieront et organiseront les différents ateliers thérapeutiques, participeront aux bilans des projets individualisés. Afin de maîtriser les coûts, les AMP devront prendre en charge certaines tâches administratives (gestion de la liste d'attente) ainsi que l'entretien des locaux. Un temps d'infirmier est également prévu afin d'assurer la continuité des soins, le confort physique et psychologique du résident. La présence d'un psychologue s'avère indispensable : outre l'organisation des entretiens de pré-accueil, des réunions de

---

<sup>58</sup> Ce tableau ne concerne que le fonctionnement de l'unité elle-même et ne prend donc pas en compte la problématique du transport.

synthèse des projets individualisés, il apportera aux familles un soutien dans leur relation d'accompagnement. Il est important d'aider ces dernières à se projeter dans l'avenir, à envisager différentes orientations pour leur parent, en fonction de l'évolution de ses besoins.

Le tableau des effectifs ne fait pas apparaître les temps de Cadre de Santé ou de personnels administratifs (comptabilité, secrétariat...) qui, toujours dans une logique budgétaire, seront mutualisés avec les unités d'hébergement permanent.

Quant à l'accueil de nuit, il est prévu, afin d'assurer le fonctionnement du service durant la soirée et le début de matinée, de recourir à 0,50 poste d'AMP. La surveillance durant la nuit sera effectuée par les veilleurs des unités d'hébergement permanent.

Au-delà du nombre et des qualifications des agents, il est important de réfléchir aux compétences nécessaires car, comme l'a précisé la circulaire du 12 mai 2005, « *l'accueil temporaire implique un positionnement particulier des personnels par rapport aux pratiques du secteur.* ». Lors du recrutement, le directeur doit privilégier un certain nombre de points :

- motivation
- patience, sens de l'écoute et de l'observation
- adaptabilité : les agents doivent faire face à la brièveté des séjours, à la rotation parfois importante des personnes accueillies, aux modifications fréquentes du groupe pris en charge
- polyvalence : les agents doivent savoir planifier, organiser des activités mais également procéder à des évaluations régulières et établir rapidement des collaborations avec les autres services prenant en charge la personne
- qualités relationnelles (savoir bâtir une relation avec les bénéficiaires et les familles)

Il est également important de prévoir des temps de formation : outre de contribuer à l'enrichissement professionnel, les formations ont pour objectif d'apporter des compétences qui, à la fois, répondent aux objectifs d'accompagnement de la personne âgée, mais aussi rassurent les professionnels dans l'exercice de leurs fonctions. Les Résidences Maréva souhaitent proposer des formations variées, dans la limite des possibilités financières et organisationnelles : formation projet de vie, formation sur l'approche de la maladie d'Alzheimer, formation sur l'accompagnement des aidants...

---

<sup>59</sup> 2 roulements X 5 jours X 52 semaines X 7,60 heures = 3952 heures ce qui représente 2,55 postes d'AMP.

### 3.2.2 Une architecture au service du projet de vie

L'article 2 du décret du 17 mars 2004 précise que « *l'établissement ou le service doit disposer d'unités d'accueil ou de vie qui prennent chacune en charge au maximum douze personnes. Les locaux répondent aux règles d'accessibilité et de sécurité en vigueur...ces locaux tiennent également compte du contenu du projet d'établissement afin notamment de s'adapter aux caractéristiques des publics accueillis* ».

Une réflexion particulière a été menée par l'équipe de direction des Résidences Maréva en concertation avec les professionnels sur le projet architectural. Il est important de rendre les espaces de vie attractifs et aisément accessibles. L'organisation spatiale doit être réfléchie pour être stimulante avec les couleurs, les volumes, la lumière naturelle et les éclairages. Les couleurs doivent être adaptées en fonction des personnes accueillies, avec un souci des harmonies : les couleurs foncées sont, par exemple, mal tolérées des personnes présentant des troubles cognitifs. L'éclairage est également un élément participant au bien-être des personnes âgées. Le besoin de lumière serait ainsi cinq fois plus élevé à 80 ans qu'à 40 ans. Les circuits et aménagements doivent être pensés en fonction des différents degrés de handicaps liés à la marche, à l'orientation déficiente, aux troubles auditifs et visuels, ainsi qu'aux troubles de l'équilibre. La présence d'obstacles et de dénivelés est donc à proscrire sur des trajets potentiels. Les locaux doivent être sécurisés.

Le choix des Résidences Maréva s'est porté sur la création d'une zone entièrement dédiée à l'accueil de jour<sup>60</sup> et comportant plusieurs espaces :

- Un espace jour, où plusieurs tables peuvent être disposées. Il s'agit de créer un véritable lieu de vie, où seront organisés les divers ateliers.
- Un espace repos avec plusieurs fauteuils. Certaines personnes peuvent, en effet, exprimer le besoin de se reposer en début d'après-midi et il apparaît primordial de respecter le rythme de vie et les habitudes de chacun.
- Un 2ème espace repos, avec un lit médicalisé.
- La salle de kinésithérapie adjacente pourra être utilement mise à profit dans l'après-midi afin de permettre la réalisation, par exemple, d'ateliers gymnastique douce...

Inclus dans une opération de réaménagement-extension de la Résidence le Parc du Carmel, le coût de la construction de l'accueil de jour a cependant pu être isolé et chiffré à 200 000 €. En retenant une durée d'amortissement de 30 ans, le montant des dotations aux amortissements s'élève ainsi à 6667 €, auquel il faut rajouter le montant des dotations aux amortissements pour les équipements et les charges financières.

Les chambres d'hébergement temporaire et d'accueil de nuit, d'une surface de 20m<sup>2</sup>, sont, quant à elles, conçues de façon à organiser trois espaces<sup>61</sup> :

- Un espace couché intégrant le lit du résident et son environnement fonctionnel. La tête de lit est rapidement visible depuis l'entrée de la chambre ; de même toute personne ouvrant la porte est immédiatement visible par le résident.
- Un espace assis, approche de l'espace salon du domicile. La disposition du lit permet de réserver une aire de rotation pour les fauteuils roulants. Le dimensionnement et la position de la fenêtre doivent permettre au résident d'avoir une vue sur l'extérieur, qu'il soit dans son lit ou dans son fauteuil roulant.
- Un ensemble sanitaire répondant aux normes actuelles et intégrant une parfaite fonctionnalité des trois fonctions vasque, WC et douche.

La construction d'une chambre s'élève à environ 95 000 €, ce qui est dans la moyenne des prix (entre 90 000 € et 100 000€ pour une chambre en EHPAD). Egalement inclus dans une opération de travaux plus large, le coût de l'accueil de nuit a été estimé à 380 000 €.

L'architecture doit ainsi faciliter et accompagner la mise en place des projets de vie, tout en garantissant aux professionnels des conditions de travail satisfaisantes. Un directeur doit donc être attentif à l'organisation des locaux, à leur adaptation à la dépendance, et trouver les montages financiers (recherche de subventions, appels à projets) permettant d'impacter le moins possible le coût de la construction sur les prix de journée.

### **3.2.3 Un objectif pour le directeur : proposer des tarifs attractifs**

Proposer des prix de journée attractifs, ce qui suppose de réaliser des arbitrages tant en ce qui concerne les moyens humains que matériels, constitue un véritable enjeu pour le directeur.

Le prix de journée en hébergement temporaire aux Résidences Maréva est le même qu'en hébergement permanent. En ce qui concerne les unités d'accueil de jour et de nuit, la volonté de l'établissement est de proposer des tarifs de l'ordre de 26 € à la charge des bénéficiaires. La localisation des unités au sein de l'EHPAD permet naturellement la mutualisation d'un certain nombre de moyens (secrétariat et comptabilité, entretien des locaux, assurances...), facilitant la maîtrise des coûts. Un personnel spécifiquement dédié à ces unités apparaît cependant primordial.

La répartition des effectifs ainsi que le budget des unités d'accueil de jour et de nuit seront négociés lors du renouvellement de la convention tripartite fin 2007 (compte tenu des ratios de personnel accordé lors de la signature de la convention tripartite en mars

---

<sup>60</sup> Cf. annexe 8

<sup>61</sup> Cf. annexe 9



2003, il est prévu la mise à disposition de personnels par les unités d'hébergement permanent).

Un prix de journée attractif participe, sans conteste, à l'obtention de taux d'occupation satisfaisants et ce d'autant plus que les bénéficiaires doivent prendre en plus à leur charge les frais de transport (les Résidences Maréva n'organisent pas le transport pour les 6 places expérimentales d'accueil de jour. Ce choix a été facilité par la localisation en centre-ville de l'établissement. En milieu rural, il s'avère sans nul doute plus difficile d'opter pour une telle solution : afin de garantir une fréquentation satisfaisante, certains établissements prennent en charge le transport, augmentant par conséquent leur prix de journée). Cette problématique du transport a retenu l'attention du pouvoir réglementaire qui a adopté récemment deux décrets sur la question. Le décret n°2007-827 du 11 mai 2007<sup>62</sup>, relatif aux accueils de jour rattachés à un EHPAD, prévoit que les frais de transport seront pris en charge à 100% dans un forfait soins versé par l'assurance-maladie, levant ainsi un des obstacles au développement de telles formules<sup>63</sup>. Le plafond de ce forfait est de 8,22€<sup>64</sup> par jour et par personne. La lettre ministérielle précitée du 6 avril 2007 précise que son versement est « *subordonné à la mise en œuvre par l'établissement d'une solution de transport adaptée* ». En application de ces textes, le montant du forfait annuel des Résidences Maréva pourrait ainsi être de 38 141€<sup>65</sup>. L'établissement dispose déjà de deux véhicules adaptés et le forfait permettrait de couvrir le paiement de deux agents des services hospitaliers recrutés à mi-temps pour assurer le transport (coût moyen de 26 550€), les frais d'assurances, d'entretien et de fonctionnement au quotidien. Une telle organisation paraît d'autant plus pertinente qu'au regard des horaires d'ouverture des unités d'accueil de jour et de nuit, l'agent pourrait reconduire les bénéficiaires de l'accueil de jour et chercher, au retour, les personnes venant en accueil de nuit. La question d'une éventuelle délimitation géographique d'un tel service est à envisager (les bénéficiaires actuels de l'accueil de jour habitent en moyenne à 11,75 km). Dans le cadre de cette nouvelle prestation de transport, l'atteinte de l'équilibre financier suppose que l'unité atteigne la taille critique de 5 ou 6 places. La mise

---

<sup>62</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. 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 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et complétant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) [en ligne]. Journal Officiel n°110 du 12 mai 2007, [visité le 1<sup>er</sup> juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>63</sup> Le décret n°2007-661 du 30 avril 2007 prévoit, quant à lui, pour les accueils de jour autonomes, la prise en charge d'un forfait journalier de frais de transport par le tarif soins à hauteur de 70% et par le tarif dépendance à hauteur de 30% (le plafond de ce forfait étant de 10€).

<sup>64</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 5 juin 2007 fixant les montants plafonds des forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207, au 1° de l'article D. 313-17 et à l'article D. 313-20 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel n°148 du 28 juin 2007, [visité le 13 août 2007], disponible sur Internet : <http://legifrance.gouv.fr>

<sup>65</sup> Les modalités de calcul sont les suivantes : (8,22 X 12 places X 265 jours)+(8,22 X 4 places X 365 jours), en application pour l'accueil de nuit de la circulaire précitée du 17 mai 2006.

en place de ce dispositif a, en tout cas, vocation à améliorer l'accompagnement financier et matériel des personnes âgées et de leurs familles.

### **3.3 La mise en place de dispositifs d'évaluation et de partenariats effectifs**

La mise en place de dispositifs d'évaluation et de partenariats effectifs constitue un véritable défi pour le directeur. En dépit du cadre législatif et des volontés affichées, les réticences sont nombreuses et dans un tel contexte, un directeur d'EHPAD doit adopter une attitude volontariste.

#### **3.3.1 Une procédure d'évaluation des formules réactive**

L'évaluation des activités des établissements sociaux et médico-sociaux trouve son fondement dans l'article L312-8 du CASF. L'alinéa 1<sup>er</sup> oblige chaque structure à une évaluation interne de ses activités et de la qualité des prestations délivrées, avec l'obligation de communiquer les résultats tous les cinq ans à l'autorité qui l'autorise. Les trois autres alinéas de ce même article définissent le cadre d'une évaluation externe des structures pratiquée par des organismes extérieurs tous les sept ans.

Le projet d'établissement doit définir les objectifs de la structure en matière d'évaluation des activités (article L311-8), diagnostic permettant d'engager une véritable démarche-qualité. L'annexe 3 de la circulaire du 16 avril 2002 précise également qu'il « *est indispensable de prévoir une évaluation de l'accueil de jour, afin d'objectiver et de mesurer l'impact de cette mesure* ». Il est important pour un directeur et son équipe de réfléchir aux indicateurs de l'évaluation, qui doivent être adaptés à la spécificité des formules alternatives à l'hébergement permanent. Le fruit de cette réflexion doit aboutir à la mise en place d'indicateurs opérationnels, centrés sur le résident et visant à aider l'établissement dans la mise en œuvre et le suivi de sa politique d'amélioration de la qualité. Une démarche participative, favorisant une réflexion collective et la mobilisation des acteurs, est une garantie du succès de la démarche.

Plusieurs modalités d'évaluation et de suivi apparaissent, dans ce cadre, pertinentes :

- élaboration de tableaux de synthèse mentionnant les motifs de recours aux solutions alternatives, le temps moyen de fréquentation, le rythme de la fréquentation hebdomadaire en accueil de jour ou de nuit, le nombre de séjours d'hébergement temporaire uniques ou répétés, le nombre de personnes recourant à la combinaison des formules, les suites de l'accueil...
- élaboration régulière de bilans de fréquentation des différentes formules (fluctuation de l'activité...)
- mise en place de questionnaires de satisfaction adaptés au public accueilli
- mise en place d'un tableau de suivi des échecs et des réclamations

➤ élaboration de grilles de suivi (à partir du test « mini mental state » ou de tests plus approfondis sur certains points, grille de mesure des soins infirmiers) et de tableaux de synthèse. Si au niveau individuel, ces grilles sont des éléments utiles lors des réunions de synthèse visant à l'adaptation du projet de vie individualisé, la réalisation de tableau de synthèse permet d'avoir une vue globale du niveau de perte d'autonomie des bénéficiaires et de son éventuel variation dans le temps.

Parce que la personne âgée et sa famille forment « un tout », les indicateurs d'évaluation doivent également prendre en compte les aidants, afin de mesurer la pertinence des formules pour ces derniers, leurs motifs de satisfaction, d'insatisfaction. Il peut être envisagé de réaliser une enquête de satisfaction annuelle auprès des aidants, ce qui suppose une réflexion particulière sur la forme et le support de cette enquête (questionnaire de satisfaction avec des questions fermées, des questions ouvertes...), gage de la pertinence même de l'étude mais également du taux de participation. La réalisation régulière d'entretiens avec le psychologue peut permettre de recueillir de façon, peut-être plus efficace, l'avis des familles.

L'analyse de ces différents indicateurs doit permettre l'amélioration du service rendu : jours d'ouverture et horaires, adaptation des activités au public accueilli, réflexion sur la qualification des intervenants... Si à l'heure actuelle, les formules alternatives à l'hébergement permanent constituent essentiellement une solution de répit pour les aidants, les motifs de recours peuvent se diversifier, à l'image des situations décrites par le décret du 17 mars 2004. La réussite des formules tient non seulement à leur adaptation aux besoins des usagers mais également à leur insertion dans le paysage médico-social local.

### **3.3.2 La construction de collaborations : un défi pour le directeur**

L'intégration de l'établissement dans l'environnement sanitaire et social existant apparaît particulièrement important. Comme l'a précisé la circulaire du 12 mai 2005, *« l'accueil temporaire doit s'insérer correctement dans un dispositif médico-social avec les collaborations nécessaires. A défaut, il ne représentera qu'un temps sans grande signification dans la vie de la personne, une prise en charge trop courte et sans prolongement... »*. La prise en charge de qualité d'une personne âgée dépendante suppose en effet continuité et réactivité. Un établissement, même s'il dispose de plusieurs formules alternatives autorisant leur combinaison, s'il organise régulièrement des rencontres avec la famille, n'a qu'une vision partielle de la situation d'une personne. La fréquentation de l'accueil de jour, de l'accueil de nuit ou de l'hébergement temporaire permet aux professionnels de réaliser d'une évaluation pluridisciplinaire de la personne, de faire évoluer son projet de vie dans l'établissement en fonction de ses besoins. Cette évaluation pourrait être riche d'enseignements pour les autres professionnels intervenant

auprès de la personne âgée. En outre, la connaissance des formules alternatives à l'hébergement permanent dépend des collaborations mises en place ; la faiblesse des taux d'occupation pouvant sans doute, dans certains cas, trouver son origine dans un fonctionnement en « autarcie » de l'établissement.

Il existe à l'heure actuelle différents outils de coordination et de coopération, dans le champ social comme sanitaire : CLIC et réseaux de santé gérontologiques intègrent ainsi formellement les établissements médico-sociaux. Alors que les CLIC, centres d'information, de conseil aux familles, assurant également des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide sont définis dans le cadre du Schéma gérontologique, les réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé, qui est définie dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS).

La circulaire du 16 avril 2002 dispose ainsi que *« l'accueil de jour est appelé à faire partie intégrante d'un réseau... »*. La circulaire du 30 mars 2005 précise, quant à elle, qu'il convient que les structures d'accompagnement et de répit *« soient parfaitement intégrées dans l'environnement sanitaire et médico-social existant »* et évoque la place de l'accueil de jour dans la filière de soins : *« il travaille en collaboration avec les structures de soutien à domicile (service d'aide à domicile, SSIAD) et les professionnels libéraux. La consultation mémoire ou le spécialiste peuvent venir en appui sur l'évaluation de la maladie ou des besoins de la personne. »*.

Le réseau est une organisation volontaire de professionnels, qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources et dont le but est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge (article L6321-1 du Code de la santé Publique). La filière peut se définir comme la trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un ensemble intégré ; *« la filière de soins gériatrique hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé<sup>66</sup> »*. La mise en place d'une filière suppose des partenariats et une coordination, qui peut donc être commune avec celle du réseau de santé gérontologique.

Un directeur d'établissement médico-social a un rôle important à jouer et ne doit pas hésiter à s'investir pour construire des partenariats. Une phase de communication préalable sur le projet de l'établissement est indispensable. L'objectif est de faire connaître les formules alternatives aux potentiels bénéficiaires, aux associations représentantes des usagers, aux professionnels de santé (médecins traitants, pharmaciens...) et de l'aide à domicile ainsi qu'autres acteurs du secteur personnes

âgées (CLIC, SSIAD, établissements médico-sociaux et sanitaires), condition nécessaire de leur adhésion au projet. Le directeur doit élaborer un plan de communication, résultat d'une réflexion sur « les publics cibles », le contenu de l'information et les supports les plus adaptés.

La coordination ne se décrète pas et de nombreux obstacles ponctuent la création des partenariats. « *Des études de sociologie de l'action font apparaître trois dimensions essentielles à la construction du processus de coopération entre professionnels : le processus d'interconnaissance, l'établissement d'une relation de confiance, le partage des territoires professionnels.*<sup>67</sup> ».

Les professionnels de l'accueil de jour des Résidences Maréva ont développé un partenariat de fait avec l'hôpital de jour du centre hospitalier Bretagne Atlantique (l'hôpital de jour adresse ainsi ses patients à l'accueil de jour, réalisation d'activités en commun...), partenariat qui reste encore imparfait (transmissions d'informations insuffisantes). On peut sans doute y voir un premier pas décisif vers la formalisation d'une coopération. Le SROS 2006-2010 de la région Bretagne préconise d'ailleurs le développement de réseaux de santé sanitaires et sociaux et recommande de contribuer, par le partenariat inter-institutionnel, à la promotion d'alternatives sociales et médico-sociales diversifiées à la prise en charge hospitalière, condition de viabilité et d'effectivité de la filière gériatrique : SSIAD, places d'accueil pour une durée déterminée...Des liens avec les intervenants à domicile sont également à développer et pourrait prendre, par exemple, la forme de carnets de liaison. Le directeur des Résidences Maréva participe à l'heure actuelle au comité technique d'installation du CLIC du Pays de Vannes, ce qui ouvre pour l'établissement de nouvelles perspectives de collaboration.

Aussi bien dans le cadre du réseau que du CLIC, un EHPAD, en proposant des formules alternatives à l'hébergement permanent, peut véritablement s'affirmer en tant qu'acteur et ne peut plus être considéré comme un simple moyen, sollicité pour permettre la sortie du dispositif hospitalier ou l'entrée de la personne âgée qui ne remplit plus les conditions pour rester à domicile.

---

<sup>66</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique [en ligne]. Bulletin Officiel n°2007-6 annonce n°138, [visité le 13 août 2007], disponible sur Internet : <http://sante.gouv.fr>.

<sup>67</sup> TRUFFEAU F., 2007, « réseau de santé » in TRUFFEAU F., LE GUEVEL A., *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, Rennes : Editions ENSP, Dictionnaire de l'action médico-sociale ; p 403.

## CONCLUSION

Le travail effectué dans le cadre de mon stage et de ce mémoire m'a permis de mesurer tout l'intérêt et la pertinence du développement de formules alternatives à l'hébergement permanent au sein d'un EHPAD, tant du point de vue des personnes âgées et de leurs proches que de l'établissement. Ces formules, encouragées par les pouvoirs publics à l'heure actuelle, me paraissent être des solutions d'avenir, auxquelles un directeur doit être sensible.

Dans le cadre de cette réflexion, j'ai été amenée à appréhender différentes composantes du métier de Directeur d'établissement sanitaire et social :

- La définition d'un projet de service, qui nécessite au préalable l'analyse de l'environnement de l'établissement, l'identification des besoins et des attentes des usagers.
- La gestion des ressources humaines, dont l'un des objectifs est de rechercher la meilleure adéquation entre les besoins de l'activité et les ressources en personnel (nombre d'agents, définition des profils de poste, choix des formations...)
- La gestion économique et financière, par la réflexion autour du programme d'investissement, du plan de financement, du budget prévisionnel...
- Le développement de la qualité des prestations, qui nécessite la détermination de méthodes d'évaluation spécifiques.
- L'organisation de partenariats, qui suppose de repérer les ressources externes complémentaires et de susciter les coopérations.

La mise en place des formules alternatives doit faire l'objet d'une réflexion approfondie de la part du directeur. Le succès de ces formules résulte, en effet, de la réunion d'un certain nombre de conditions. On voit encore aujourd'hui trop de services qui ont des taux d'occupation très faibles (pouvant être un "gouffre financier" pour l'établissement) ou qui se résument à une simple "garderie". Le Conseil Général du Morbihan, conscient de ces difficultés, a décidé la mise en place d'un groupe de travail afin de réfléchir aux modalités de développement de l'accueil temporaire mais également à la solvabilisation des demandes, démarche qui apparaît intéressante.

La gestion des urgences (liés, par exemple à une indisponibilité des proches) constitue un réel problème à l'heure actuelle ; les séjours devant souvent être programmés à l'avance. Un développement conséquent de ces formules permettra-t-il de répondre plus facilement aux situations urgentes?

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages :

JAEGER M. (coor), 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 1248 p.

PITAUD P. (coor), 2006, *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants*. Toulouse : Erès, 315 p.

LHUILIER JM., 2007, *Le droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : éditions ENSP, 239 p.

TRUFFEAU F., 2007, « réseau de santé » in TRUFFEAU F., LE GUEVEL A., *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, Rennes : Editions ENSP, 492 p.

## Périodiques :

ARBUZ G., mars 2004, « Maintien à domicile ou vie en institution », *Gérontologie* n°131, pp. 1-44.

CHAMBARETAUD S. (coor), septembre 2006 « Dossier : les personnes âgées en situation de dépendance », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°56, pp. 15-70.

HELFTER C., 19 novembre 2004, « Accueil temporaire des personnes handicapées et âgées : changer de logique », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2382, pp. 21-22.

HELFTER C., 3 mars 2006, « Des accueils de jour pour se ressourcer », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2445, pp. 53-54.

MAEREL, 1<sup>er</sup> juin 2007, « Créer un vrai droit au relais », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2510, pp. 36-37

MAHIEU C., mars 2006, « L'accueil de nuit à l'hôpital local de Mortain » *Gérontologie et société*, n°116, pp. 177-182.

VARTANIAN G., novembre-décembre 2004, « L'accueil de jour Alzheimer : espace de vie, espace social, espace de soins. », *Revue Hospitalière de France*, n°501, pp. 62-66.

### **Rapports :**

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Paris : La Documentation française, 416 p.

COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la république suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*. Paris : La Documentation française, 447 p.

GUINCHARD-KUNSTLER P, 1999, *Vieillir en France : enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Paris : Service de Presse du Premier Ministre, 169 p.

LAROQUE P., 1962, *Politique de la vieillesse*, Paris : la Documentation française, 438 p.

### **Mémoires :**

CHAPPE M., 2005, *Entre domicile et institutions pour personnes âgées, inventer de nouveaux espaces*. Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public, 69 p .

BOSSARD A-C., 2006, *La création de huit places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à l'hôpital local de Briec-Comte-Robert*. Mémoire ENSP de directeur d'établissement sanitaire et social public, 62p.

### **Législation et réglementation :**

Code de l'Action Sociale et des Familles



REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal Officiel du 30 juin 1975 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance [en ligne]. Journal Officiel, n°21 du 25 janvier 1997 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie [en ligne]. Journal Officiel, n° 167 du 21 juillet 2001 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal Officiel, n°2 du 3 janvier 2002 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales [en ligne]. Journal Officiel, n° 190 du 17 août 2004 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal Officiel, n°36 du 12 février 2005 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Décret n° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 [en ligne]. Journal Officiel n°101 du 30 avril 1997 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes [en ligne]. Journal Officiel n°98 du 27 avril 1999 [visité le 1er juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal Officiel n°276 du 29 novembre 2003 [visité le 30 octobre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L312-1 et à l'article L314-8 du CASF [en ligne]. Journal Officiel n°66 du 18 mars 2004 [visité le 30 novembre 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil modifiant le code de l'action sociale et des familles - partie réglementaire [en ligne]. Journal Officiel n°85 du 9 avril 2006 [visité le 1er juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2007-661 du 30 avril 2007 portant modification de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'accueil de jour [en ligne]. Journal Officiel n°103 du 3 mai 2007, [visité le 1er juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. 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 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et complétant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) [en ligne]. Journal Officiel n°110 du 12 mai 2007, [visité le 1er juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 5 juin 2007 fixant les montants plafonds des forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207, au 1° de l'article D. 313-17 et à l'article D. 313-20 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal Officiel n°148 du 28 juin 2007, [visité le 13 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n°DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées [en ligne]. Bulletin Officiel n°2002-18 [visité le 1er mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Circulaire n°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 [en ligne]. Bulletin Officiel 2005-4 annonce n°37 [visité le 1er mai 2007] disponible sur Internet : <http://www.personnes-agees.gouv.fr>

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Circulaire n°DGAS/SD3C/2005/ 224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées [en ligne]. Bulletin Officiel n°2005-6 annonce n°36 [visité le 1er mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE. Circulaire n°DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées [en ligne]. Bulletin Officiel n°2006-6 annonce n°36, [visité le 15 mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Lettre ministérielle du 6 avril 2007 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et handicapées [en ligne]. Bulletin Officiel n°2007-5 annonce n°129, [visité le 1<sup>er</sup> juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique [en ligne]. Bulletin Officiel n°2007-6 annonce n°138, [visité le 13 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

### **Plans :**

Ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille. Plan Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan Solidarité-Grand Age 27 juin 2006.

### **Sites Internet :**

CREAI Bretagne. *Etudes et observations – Observations régionales CROSMS*. [visité le 1<sup>er</sup> juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.creaibretagne.org/>

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. *Dossiers vieillesse-handicap*. [visité le 30 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/dossiers/>

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER. *Soutiens aux initiatives locales*. [visité le 10 mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/>

GRATH. *Portail de l'accueil temporaire*. [visité le 20 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.accueil-temporaire.com/>

LEGIFRANCE. *Le service public de l'accès au droit*. [visité le 30 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

MINISTERE DE LA SANTE. *Espace Santé*. [visité le 30 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Présentation des grilles d'entretien

ANNEXE 2 : Extraits du Schéma Gérontologique 2006-2010 du Morbihan

ANNEXE 3 : L'organisation gérontologique de demain selon la Fédération Hospitalière de France

ANNEXE 4 : L'accompagnement au quotidien au sein de l'accueil de jour

ANNEXE 5 : L'accompagnement au quotidien au sein de l'accueil de nuit

ANNEXE 6 : L'accompagnement au quotidien en hébergement temporaire

ANNEXE 7 : La Charte des droits et libertés de la personne accueillie

ANNEXE 8 : Plan de l'accueil de jour

ANNEXE 9 : Plan d'une chambre d'accueil de nuit ou d'hébergement temporaire

## ANNEXE 1 : Présentation des grilles d'entretien

Les différentes grilles d'entretien sont retranscrites ci-après :

### **Grille d'entretien – aidants naturels**

Dans le cadre de ma formation à l'ENSP, je réalise un mémoire sur les solutions alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes. Votre parent fréquente à l'heure actuelle les formules d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire au sein des résidences Maréva. Je souhaiterais connaître votre expérience, votre avis sur ces différentes formules.

→ Formules alternatives utilisées par votre parent aux Résidences Maréva : accueil de jour, hébergement temporaire ? Fréquence ? Combinaison des formules ?  
Description de la situation habituelle d'hébergement et des différentes aides qui ont été mises en place autour de la personne âgée.

→ Parcours de la personne bénéficiaire...Comment avez-vous eu connaissance des formules proposées par les Résidences Maréva ? Qui a pris l'initiative de l'inscription ?

→ Bénéfices retirés de ces formules

⌘ pour vous même : répit, occasion de renouer des contacts avec l'extérieur... ?

⌘ pour la personne bénéficiaire : évolution dans son comportement, dans sa maladie... ?

- intérêt de la formule d'accueil de nuit ?

→ Freins éventuels à l'utilisation de ces formules : transport, coût financier (prise en charge dans le plan d'aide APA ?)...

→ Modalités d'association des aidants

→ Propositions d'améliorations

## **Grille d'entretien - personnes âgées bénéficiaires**

Dans le cadre de ma formation à l'ENSP, je réalise un mémoire sur les formules d'accueil temporaire. Vous venez à l'Accueil de Jour et/ou en hébergement temporaire et je souhaiterais connaître votre avis sur ces formules.

→ Fréquentation de l'Accueil de jour et/ou de l'hébergement temporaire ? à quelle fréquence ?

Situation habituelle d'hébergement

→ Apports de ces formules : échanger avec d'autres personnes, avoir des activités... ?  
Est-ce que les activités proposées vous conviennent ?

→ Souhaiteriez-vous venir plus souvent, moins souvent ? Qui a fait la démarche d'inscription ?

→ propositions d'améliorations

## **Grille d'entretien – AMP de l'Accueil de Jour**

- Description du parcours professionnel et motivations pour travailler à l'Accueil de Jour
  
- Objectifs et principes de prise en charge de la formule d'Accueil de Jour
  - aide aux aidants ? Quels sont les aidants ?
  - Comment les personnes âgées et leurs familles ont-elles eu connaissance de l'Accueil de Jour ?
  - Obstacles rencontrés ? (culpabilité à laisser un proche à l'accueil de jour ...)
  - Quelles sont les modalités d'association des aidants ?
  
  - la personne âgée:    au cœur du projet ?  
                              acteur du projet ?
  
- familiarisation à la vie en institution ?
  
- Description de l'accompagnement au quotidien : activités proposées...
  
- Modalités de coordination mises en place avec d'autres structures ou établissements
  
- Modalités d'évaluation
  
- Problématique du transport
  
- Propositions d'amélioration



## **Grille d'entretien - psychologue**

→ Objectifs et principes de prise en charge des formules alternatives

- aide aux aidants ? obstacles rencontrés (culpabilité à laisser un proche ?)

modalités d'association des aidants

- Le résident : au cœur du projet?

Acteur du projet?

- Familiarisation à la vie en institution ?

→ Accompagnement au quotidien et rôle de la psychologue

→ Modalités d'évaluation des formules

→ Modalités de coordination

→ Gestion des urgences

→ Propositions d'améliorations

## Grille d'entretien – Attachée Conseil Général du Morbihan

Dans le cadre de ma formation à l'ENSP, je réalise un mémoire sur les solutions alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes. Le développement de ces formules est fortement encouragé par les pouvoirs publics à l'heure actuelle. Le Schéma Gérontologique 2006-2010 du Morbihan affiche comme axe prioritaire le développement de formules d'accueil diversifiées entre domicile et établissement (axe 2, orientation 7 : « soutenir les aidants par le développement de l'hébergement temporaire, de l'Accueil de Jour et de l'Accueil de Nuit »).

→ Peut-on y voir une « rupture » par rapport aux orientations des Schémas Gérontologiques précédents ?

Retrouve-t-on cet affichage politique fort dans les autres Schémas Gérontologiques bretons ?

→ modalités de création des formules d'accueil temporaire

Quels sont les critères utilisés lors de l'instruction des demandes d'autorisation ?

Dans le cadre de la construction d'un EHPAD, le fait de prévoir des places d'accueil temporaire est-il un élément pris en compte, voire même nécessaire ?

→ Fonctionnement des unités d'accueil temporaire

Les taux d'occupation des unités existantes sont faibles : moins de 50% pour l'Accueil de Jour et 55% pour l'hébergement temporaire. Quels facteurs peuvent expliquer ces taux d'occupation ?

Quelles sont les conditions permettant un fonctionnement optimal de ces formules ?

→ La gestion des urgences

→ Modalités d'évaluation et de coordination

- modalités de coordination existantes à l'heure actuelle dans le Morbihan

- Rapport 2006 du Centre d'analyse stratégique : « *EHPAD plate forme de services ; carrefour polyvalent de services à la personne...Plutôt que de multiplier les structures ad hoc dédiées à la coordination, il apparaît logique de s'appuyer davantage sur les établissements pour assumer une partie du travail de coordination des services à la personne âgée...*

Quels sont les supports de la polyvalence ?

- une même personne offre une large gamme de service

- conventions entre établissements et autres prestataires

Orientations préconisées : insérer plus fortement les objectifs de coordination, de regroupement et de polyvalence dans les procédures d'autorisation, de financement et de conventionnement ? » Qu'en pensez-vous ?

→ Propositions et axes d'amélioration

## Grille d'entretien – Inspectrice DDASS du Morbihan

Dans le cadre de ma formation à l'ENSP, je réalise un mémoire sur les solutions alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes. Le développement de ces formules est fortement encouragé par les pouvoirs publics à l'heure actuelle, comme en témoignent le Plan Alzheimer 2004-2007 et le Plan Solidarité Grand Age 2006.

→ Le Schéma Gérontologique 2006-2010 du Morbihan affiche comme axe prioritaire le développement de formules d'accueil diversifiées entre domicile et établissement. Quelle est la politique adoptée par la DDASS du Morbihan (orientations retenues dans le PRIAC) ?

→ modalités de création des formules d'accueil temporaire

Quels sont les critères utilisés lors de l'instruction des demandes d'autorisation ?

Dans le cadre de la construction d'un EHPAD, le fait de prévoir des places d'accueil temporaire est-il un élément pris en compte, voire même nécessaire ?

→ Fonctionnement des unités d'accueil temporaire

Les taux d'occupation des unités existantes sont faibles : moins de 50% pour l'Accueil de Jour et 55% pour l'hébergement temporaire. Quels facteurs peuvent expliquer ces taux d'occupation ?

Quelles sont les conditions permettant un fonctionnement optimal de ces formules ?

→ La gestion des urgences

→ Modalités d'évaluation et de coordination

- modalités de coordination existantes à l'heure actuelle dans le Morbihan

- Rapport 2006 du Centre d'analyse stratégique : « *EHPAD plate forme de services ; carrefour polyvalent de services à la personne... Plutôt que de multiplier les structures ad hoc dédiées à la coordination, il apparaît logique de s'appuyer davantage sur les établissements pour assumer une partie du travail de coordination des services à la personne âgée...*

*Quels sont les supports de la polyvalence ?*

- *une même personne offre une large gamme de service*

- *conventions entre établissements et autres prestataires*

*Orientations préconisées : insérer plus fortement les objectifs de coordination, de regroupement et de polyvalence dans les procédures d'autorisation, de financement et de conventionnement ? »* Qu'en pensez-vous ?

→ Propositions et axes d'amélioration

## ANNEXE 2 : Extraits du Schéma Gérontologique 2006-2010 du Morbihan

CARTE ● Répartition des effectifs de personnes âgées dans le Morbihan en 1999

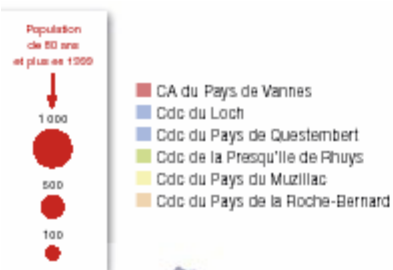
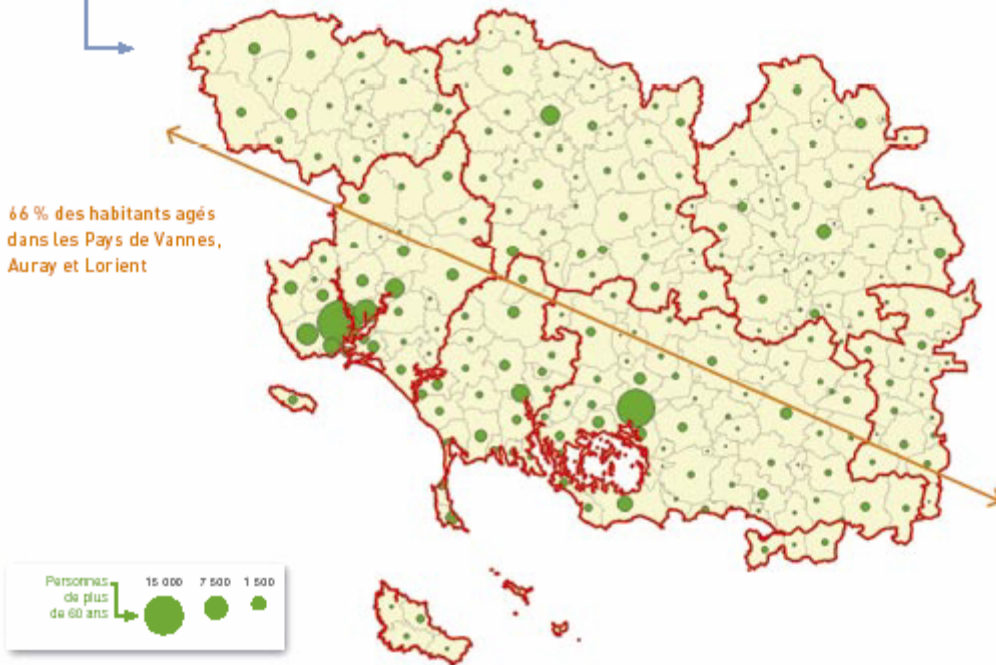
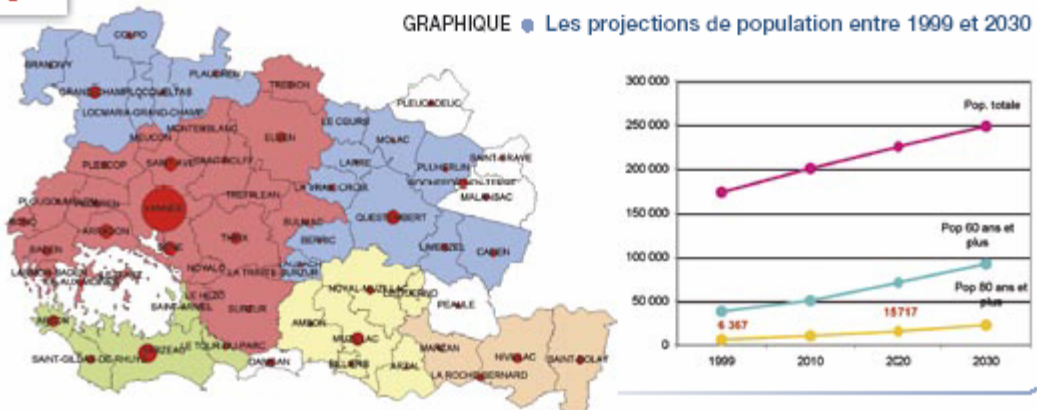


TABLEAU 2 ● Les projections de population entre 1999 et 2030

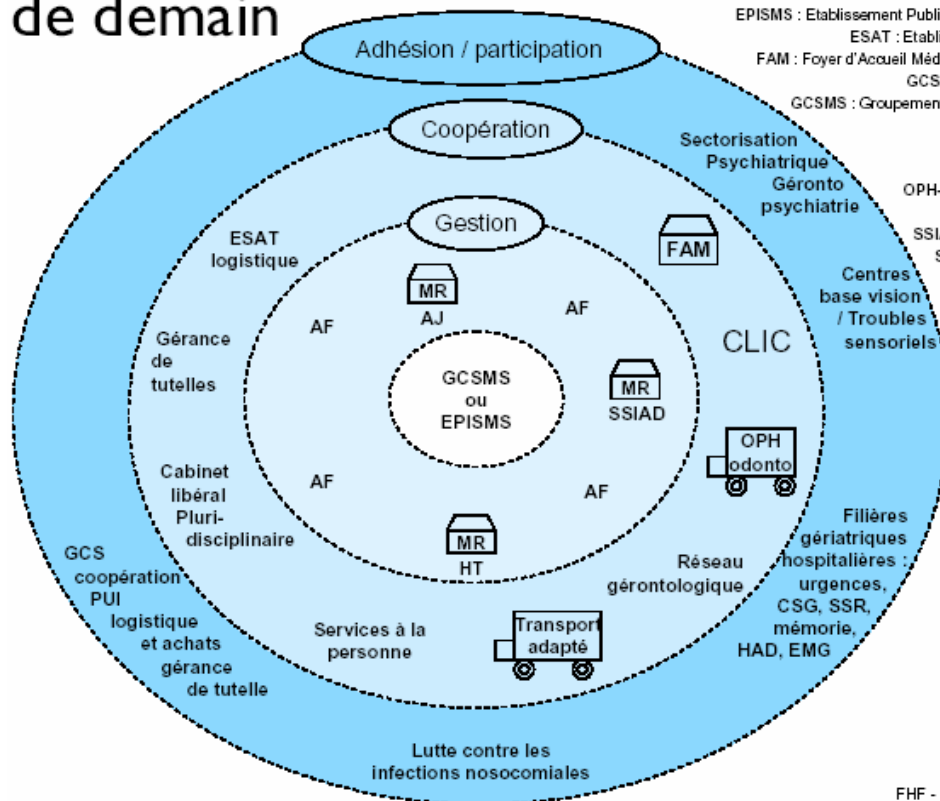
POPULATION	1999	2010	2020	2030
60 ans et plus	38 589	50 688	71 238	92 514
80 ans et plus	6 367	10 730	15 717	22 918
Totale	173 682	200 916	225 785	249 069

GRAPHIQUE ● Les projections de population entre 1999 et 2030



ANNEXE 3 : L'organisation gériatologique de demain selon la Fédération Hospitalière de France

# L'organisation gériatologique de demain



- AF : Accueil Familial
- AJ : Accueil de Jour
- CLIC : Centre Local d'Information & de Coordination
- CSG : Court Séjour Gériatrique
- EMG : Equipe Mobile Gériatrique
- EPISMS : Etablissement Public Intercommunal Social & Médico-social
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé (adultes handicapés vieillissants)
- GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
- GCSMS : Groupement de Coopération Social & Médico-social
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- HT : Hébergement Temporaire
- MR : Maison Retraite
- OPH-ODONTO : Ophtalmologie, Odontologie (équipe mobile)
- SSIAD : Service Soins Infirmiers À Domicile
- SSR : Soins de Suite ou de Réadaptation



FHF - POSMS David Causse / IA 7 mars 2007

## ANNEXE 4 : L'accompagnement au quotidien au sein de l'accueil de jour (extraits du dossier CROSMS)

L'accueil de jour inclut une dimension thérapeutique. Il ne se limite pas à un « simple gardiennage » qui soulage les familles ; au contraire, il se préoccupe de la prise en charge et du devenir de la personne accueillie, de sa réinsertion et de la conservation de ses acquis, par le biais des nombreuses activités proposées.

L'organisation d'une journée peut-être brièvement retracée à titre indicatif :

- ✓ 9h-9h30 : Accueil des résidents en salle à manger, autour d'un café par l'Aide médico-psychologique (AMP).
- ✓ 9h30-10h : Lecture du journal et discussion
- ✓ 10h-11h : organisation d'activités
- ✓ 11h-12h : Pause et mise du couvert pour le déjeuner
- ✓ 12h-13h : Déjeuner et aide à la vaisselle
  
- ✓ 13h-14h : Mots croisés ou sieste
- ✓ 14h-15h : Activités extérieures ou intérieures
- ✓ 15h-15h30 : Pause collation
- ✓ 15h30-16h30 : Activités courtes (type chant, jeux de carte) en attendant le départ entre 16h30 et 16h45. L'AMP assure ensuite ses transmissions sur les dossiers individualisés.

Les activités proposées seront nombreuses et, par une stimulation des ressources physiques et des fonctions cognitives, contribueront à la préservation de l'autonomie :

### Lecture du journal

- ✓ Maintien des repères temporo-spaciaux
- ✓ Permet les échanges entre les participants sur des thèmes variés
- ✓ Stimule la réflexion et fait appel à la sensibilité et à l'émotivité

### Activités cognitives : (langage, chiffres, logique)

- ✓ Stimulent la concentration, l'attention et maintiennent en éveil les capacités auditives, visuelles...

### Ateliers d'expression et de communication : chant, musique, danse, jeux de société, groupes de conversation

- ✓ Permettent de préserver les contacts sociaux avec d'autres personnes et favorisent la vie en collectivité
- ✓ Stimulent la mémoire autour de thèmes susceptibles de toucher la dimension affective

### Activités socioculturelles : visites (musée, galerie...), promenade, projections vidéo

- ✓ Resocialisent la personne âgée et lui permettent de garder un lien avec l'extérieur

### Activités domestiques : cuisine, repas, préparation des fêtes

- ✓ Permettent de retrouver une implication perdue par certains
- ✓ Font appel aux souvenirs et aux sens du goût et de l'odorat

Activités physiques : gymnastique douce, exercices de coordination, exercices d'assouplissement

- ✓ Permettent de maintenir une certaine tonicité musculaire nécessaire au maintien de l'autonomie
- ✓ Favorisent l'équilibre, la coordination des gestes, les réflexes

Activités Loisirs créatifs : manipulation de divers supports (papier, carton, pâte à sel...)

- ✓ Permettent de redécouvrir des sensations tactiles.

Activités jardinage : création de compositions florales, plantation, manipulation de feuilles, cueillette

- ✓ Permettent de retrouver le contact avec la nature, stimulent la créativité, la mémoire et le sens de l'odorat et de la vue.

Activités esthétiques et soins du corps : massage, soins esthétique, manucure, relaxation...

- ✓ Permettent à la personne âgée de revaloriser son image à travers le regard de l'autre et de redécouvrir son corps (maintien du schéma corporel)

ANNEXE 5 : L'accompagnement au quotidien au sein de l'accueil de nuit  
(extraits du dossier CROSMS)

L'établissement souhaite mettre en place l'organisation suivante :

- 17h15-18h15 : arrivée des personnes
- A partir de 18h30 : prise des médicaments et repas avec les autres résidents.
- Soirée et préparation du coucher : cette étape est essentielle. Un accompagnement personnalisé basé sur les habitudes antérieures de détente et de préparation au sommeil sera organisé (écoute de musique, tisane...). Le coucher devient ainsi un rituel, avec des gestes et des actions répétées aux mêmes heures et dans les mêmes conditions, calqué sur les habitudes de vie individuelles. Des projets individualisés reprenant ces données seront formalisés pour chaque bénéficiaire.
  
- Le matin : lever de la personne à l'heure de son choix. Le soignant s'assure de la qualité de la nuit passée
  - Aide aux soins d'hygiène
  - Prise des médicaments et petit-déjeuner
- 9h-9h30 : retour à domicile

Cette formule, en apportant une atmosphère de sécurité, vise à permettre le maintien de l'autonomie des personnes accueillies.



## ANNEXE 6 : L'accompagnement au quotidien en hébergement temporaire

A l'entrée, afin de mieux connaître la personne accueillie, ses habitudes de vie, ses attentes, un dossier personnalisé est constitué.

L'organisation d'une journée est la suivante:

- 7h à 10h30 : petit-déjeuner et toilette. Les résidents arrivent à leur rythme dans le salon de chaque unité afin d'y prendre leur petit-déjeuner dans un lieu calme et reposant.
- 11h à 11h30 : temps relationnel organisé dans le salon: lecture du journal, gymnastique douce...
- 12h à 13h : déjeuner dans la salle à manger
- 13h à 15 h : sieste ou temps relationnel, selon les besoins de chacun
- 15h30 : goûter
- 16 h à 17h30 : temps d'animation  
Des ateliers différents sont organisés au sein des différents salons, incitant les résidents à aller vers le salon de leur choix et multipliant ainsi les occasions de rencontre.
- 18h45 : dîner. Les résidents peuvent ensuite rester discuter, regarder la télévision ou aller dans leur chambre.

La conception architecturale permet l'organisation de l'établissement en petites unités de vie (sectorisation). Une équipe est affectée à chaque unité, favorisant ainsi la proximité, la convivialité et l'accompagnement individualisé. Il apparaît indispensable de passer de la prise en charge à la prise en compte du résident, de dépasser le rapport classique soigné/soignant, pour développer un véritable accompagnement de la personne. Des temps relationnels et d'animation sont donc prévus et réalisés par les membres de l'équipe. Les temps d'animation proposés aux résidents sont variés : atelier mémoire, atelier cuisine, jardinage, musique, marche et gymnastique douce, massage et soins esthétiques, atelier peinture et dessin, art floral...

L'animatrice joue désormais le rôle de coordinatrice de l'ensemble des activités organisées par les professionnels. Afin de faciliter le travail de ces derniers, elle élabore une fiche sur chaque activité, permettant d'assurer un suivi plus précis (durée moyenne de l'atelier, matériel, objectifs de l'atelier...). Outre ce rôle d'appui des équipes de terrain, l'animatrice organise des activités, tels des repas à thème, sorties à l'extérieur...qui sont l'occasion de réunir l'ensemble des résidents de l'établissement.

## ANNEXE 7 :

### Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles.  
Source : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Article 1 : Les établissements, services et modes de prise en charge et d'accompagnement visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles délivrent, dans les conditions prévues à son article L. 311-4, la charte visant à garantir les droits et libertés cités à son article L. 311-3. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au présent arrêté. (...)

---

Annexe :

- **Article 1er : Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

- **Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

- **Article 3 : Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

- **Article 4 Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans

un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

#### ▪ **Article 5 : Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

#### ▪ **Article 6 Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

#### ▪ **Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

#### ▪ **Article 8 : Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles

ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

▪ **Article 9 : Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

▪ **Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

▪ **Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

▪ **Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

# ANNEXE 8 : Plan de l'accueil de jour

