

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 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 BRIE-COMTE-ROBERT**

**Anne-Claire BOSSARD**

---

# Remerciements

---

Je tenais à remercier Monsieur Michel MOURLAAS, maître de stage et Directeur de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert, pour son écoute, ses conseils et la confiance qu'il m'a donnée.

Je remercie également les équipes administratives et soignantes de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert pour le temps qu'elles m'ont consacré.

Enfin, je remercie vivement les personnes que j'ai pu interroger pour leurs témoignages.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES TROUBLES APPARENTÉS.....</b>	<b>6</b>
1.1 Comprendre la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés.....	6
1.2 Les besoins au niveau national : les orientations nationales et le contexte réglementaire .....	10
1.3 Une prise en charge nécessairement globale de la maladie .....	12
1.4 Les alternatives à l'institutionnalisation .....	16
<b>2 L'INTÉRÊT D'UN ACCUEIL DE JOUR POUR PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE TROUBLES APPARENTÉS À L'HÔPITAL LOCAL DE BRIE-COMTE-ROBERT .....</b>	<b>22</b>
2.1 Une alternative entrant dans le champ d'intervention de l'hôpital local.....	22
2.2 La réponse à un besoin local.....	30
2.3 Une ouverture vers l'extérieur de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert.....	34
<b>3 UN PROJET DEVANT OFFRIR DES GARANTIES DE SATISFACTION ET DE BON FONCTIONNEMENT.....</b>	<b>38</b>
3.1 Recueil de données.....	38
3.2 Un projet de service mis en œuvre par un personnel qualifié.....	43
3.3 Le coût : une difficulté pour l'établissement et les familles.....	49
3.4 Une nécessaire phase de communication .....	53
<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 Groupes Iso-Ressources  
ALD : Affection de Longue Durée  
AMP : Aide Médico Psychologique  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ASH : Agent des Services Hospitaliers  
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire  
CAT : Centre d'Aide par le Travail  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CSP : Code de la Santé Publique  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
ETP : Equivalent Temps Plein  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité en Santé  
HID : Handicap, Incapacité, Dépendance  
IME : Institut Médico Educatif  
MMSE : Mini Mental State Examination  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé  
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation

## INTRODUCTION

La vieillesse connaît plusieurs définitions. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans et plus. La réglementation française concernant les prestations sociales pour les personnes âgées utilise le seuil de 60 ans. Cependant, si on prend en compte les populations les plus exposées aux risques de perte d'autonomie et de fragilité, l'âge de 75 ans semble plus pertinent. Mais si on prend l'âge moyen d'entrée en institution, à savoir 83 ans, on a une autre notion de la vieillesse. Il apparaît alors que la perception de la vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle.

Si la vieillesse est perçue différemment selon les individus et les sociétés, le vieillissement de la population, lié notamment aux progrès accomplis en matière de santé, est un fait observé dans de nombreux pays. En 1950, 200 588 personnes avaient 85 ans ou plus en France. En 2005, il y avait 1 082 000<sup>1</sup> personnes de 85 ans ou plus en France. Les conséquences de ce vieillissement démographique conduisent à s'interroger sur la place des personnes âgées dans la société et à chercher à réduire leur isolement social.

Le vieillissement s'accompagne souvent de multiples pathologies et d'une diminution de l'autonomie de la personne. Certaines maladies ou syndromes dont la fréquence augmente avec l'âge ont longtemps été confondus avec l'expression du vieillissement. La maladie d'Alzheimer à début tardif a longtemps été considérée comme l'expression du vieillissement cérébral. En effet, la personne âgée présente souvent un cerveau fragilisé et des organes sensoriels amoindris. On sait aujourd'hui que ces troubles comme la maladie d'Alzheimer qui sont certes non obligatoires chez le sujet âgé sont très fréquents à ce stade de la vie.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui se caractérise par la perte progressive et inéluctable des fonctions cognitives. Françoise Héritier<sup>2</sup> faisait remarquer à propos de cette maladie : « Alzheimer est un nom propre qui a réussi : il est devenu commun. Et voilà un mot de consonance étrangère, très peu familier à nos oreilles quasiment imprononçable lorsqu'il a commencé à prendre pied dans la langue française, qui se trouve maintenant sur toutes les lèvres. Tout le monde sait ce qu'il désigne, et en a peur, tout le monde connaît, a connu ou craint d'avoir à connaître (peut-être soi même) quelqu'un qu'on dit atteint de cette pathologie. Le mot est devenu familier parce que ce qu'il désigne l'est devenu aussi. »

---

<sup>1</sup> HENRARD J.C. La santé des personnes âgées. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)*, 7 Février 2006, n°5-6/2006, pp.37-51.

<sup>2</sup> Professeur honoraire au collège de France, vice-présidente du conseil d'administration de la fondation Médéric-Alzheimer.

En France, le nombre de personnes ayant cette maladie est estimé à 855 000<sup>3</sup>. Cela représente environ 18% des plus de 75 ans. On estime à 225 000<sup>4</sup> le nombre de nouveaux cas par an. Trois millions de personnes seraient concernées directement ou indirectement (familles) par cette pathologie. Ces données couplées au vieillissement démographique et à l'amélioration du diagnostic font de la maladie d'Alzheimer un problème de santé publique majeur et dramatique.

Un premier plan Alzheimer a été publié en Octobre 2001 et proposé par B. Kouchner, E. Guigou et P. Guinchard-Kunstler. Il reconnaît la maladie d'Alzheimer en tant que maladie. Suite à ce premier plan, la circulaire du 16 avril 2002<sup>5</sup> avait pour objectif de guider les travaux des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et des Directions des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) pour la mise en application du programme Alzheimer. En annexe de cette circulaire, figure un cahier des charges pour la création d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

L'accueil de jour consiste à accueillir dans une structure spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés vivant à domicile sur une journée voire une demi-journée une à plusieurs fois par semaine. On comprend aisément l'utilité de ces alternatives à l'institutionnalisation en sachant que 75%<sup>6</sup> des malades vivent à domicile y compris à un stade avancé de la maladie. De plus, la maladie entraîne une dépendance physique et psychique qui retentit sur la qualité de vie des malades et de leurs aidants.

Les objectifs des accueils de jour sont de permettre le maintien à domicile des malades dans les meilleures conditions possibles en proposant des activités permettant de préserver l'autonomie de ces personnes et en favorisant le maintien de liens sociaux en luttant contre l'isolement lié à la maladie. Cela permet également d'offrir un temps de répit pour les aidants qui sont principalement la famille et font preuve d'une implication importante pour accompagner le malade dans les actes de la vie quotidienne.

---

<sup>3</sup> Rapport n° 466 de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) du 13 juillet 2005 relatif à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

<sup>4</sup> Rapport n° 466 de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) du 13 juillet 2005 relatif à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

<sup>5</sup> Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n°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.

<sup>6</sup> Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH). Formation continue. Monter un projet de prise en charge des malades Alzheimer et apparentés en institution médico-sociale. 2005.

Le deuxième plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007<sup>7</sup> a mis l'accent sur le développement du nombre de places d'accueil de jour et fixe un objectif de 13 000 places supplémentaires d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

La circulaire du 30 mars 2005<sup>8</sup> fixe les modalités de mise en œuvre de ce plan avec une annexe consacrée à l'accueil de jour. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, à la famille et aux personnes handicapées, a précisé, dans son discours du 2 février 2006 clôturant les premières rencontres parlementaires sur la santé mentale, que 2125 places d'accueil de jour sont créées chaque année.

Enfin, on peut noter que la limitation de la perte d'autonomie des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer et le retentissement sur les proches des patients figurent dans l'un des objectifs fixés par la loi du 9 Août 2004<sup>9</sup> relative à la politique de santé publique.

Au regard des données épidémiologiques et du souhait des personnes de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile, souhait conforté par les politiques publiques favorisant le maintien à domicile, la création de ce type d'accueil spécialisé revêt un intérêt certain pour un directeur d'établissement. En effet, moteur de projet, il doit s'adapter aux évolutions.

En stage au sein d'un hôpital local, il m'a été confié le projet de création de huit places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Mais on peut se demander pourquoi un hôpital local, structure sanitaire (article L6141-2 du Code de la Santé Publique), souhaite développer un accueil de jour, alternative à l'institutionnalisation relevant du secteur médico-social ? Et au-delà de cette question initiale, comment présenter un projet offrant des garanties de satisfaction et de bon fonctionnement tant pour les personnes accueillies et leur entourage que pour l'établissement et ses financeurs ?

La méthode utilisée repose sur des recherches bibliographiques, sur le suivi de formations continues et sur des recueils de données issues du terrain au moyen de questionnaires envoyés aux intéressés, d'entretiens directifs d'une durée variable allant d'une demi-heure à une heure et d'observations issues de réunions.

Pour cerner les besoins et les attentes des patients et de leur proche entourage, j'ai élaboré une grille d'entretien directif à destination des aidants familiaux. Faute de temps,

---

<sup>7</sup> Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches. Septembre 2004, 20p.

<sup>8</sup> Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n°2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

<sup>9</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

je n'ai pas pu m'entretenir avec beaucoup d'entre eux ce qui peut relativiser les propos tenus par mes interlocuteurs. Cependant, il s'avère que les éléments recueillis confortent et confirment les écrits dans ce domaine.

Une enquête menée au moyen d'un questionnaire à destination des médecins généralistes du canton, zone d'attraction de l'hôpital local, a permis de connaître les besoins locaux et leur perception sur la création d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Un questionnaire envoyé par mail à trois aidants dont le parent bénéficie d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, m'a permis de recueillir des informations sur les changements liés à l'accueil de jour dans la vie de leur parent et d'eux-mêmes et sur le fonctionnement de l'accueil de jour. Le choix du questionnaire a été indépendant de ma volonté car les personnes interrogées n'avaient pas suffisamment de temps à me consacrer.

Afin de présenter un projet offrant des garanties de satisfaction auprès des patients et de leur entourage et de bon fonctionnement pour l'établissement et les financeurs, j'ai effectué trois visites d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ces visites ont duré en moyenne une demi-journée. J'ai rencontré les directeurs d'établissement et le personnel affecté à l'accueil de jour. J'ai choisi ces établissements en fonction de leur nombre de places en accueil de jour (huit places environ) et de leur statut (que des établissements publics : deux hospitaliers et un territorial). J'ai tenu aussi à effectuer une visite au sein d'un hôpital local disposant d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Les informations ont été recueillies au moyen d'entretiens directifs et d'observations.

Dans un même objectif, j'ai contacté des directeurs d'établissements par téléphone afin de recueillir des informations pratiques, sur la création d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Enfin, j'ai animé trois réunions avec le personnel intéressé : médecins salariés de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de l'hôpital local, cadres de santé de l'EHPAD et responsable des admissions. Ces réunions ont permis de dégager les points essentiels sur lesquels devra s'appuyer le projet de création de huit places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Je traiterai, dans une première partie, du contexte général de la maladie d'Alzheimer et de ses troubles apparentés. Dans une seconde partie, j'expliquerai l'intérêt d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à l'hôpital local de Brie-Comte-Robert. Dans une troisième partie, je développerai les

mesures adoptées afin de présenter un projet présentant des garanties de bon fonctionnement.

# 1 LE CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES TROUBLES APPARENTÉS

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés nécessitent une prise en charge médico-psychosociale du patient et de l'aidant. Les alternatives à l'institutionnalisation, inscrites dans une filière de prise en charge, peuvent répondre à cette nécessité.

## 1.1 Comprendre la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés

### 1.1.1 Un peu d'histoire

Alois Alzheimer (1864-1915) était un neurologue et psychiatre bavarois. Son laboratoire installé à Munich fut un centre de recherche et de formation mondialement connu et reconnu. Il fut intrigué, en 1901, à Francfort par le cas d'Auguste D., une dame de seulement 51 ans dont le comportement devenait progressivement très étrange. En effet, de telles manifestations étaient généralement imputées au grand âge, ce qui n'était pas le cas ici. Il présenta l'observation en 1906 dans une réunion scientifique, d'abord dans une indifférence générale. L'état de démence du sujet âgé, à cette époque, était considéré par la majorité des psychiatres comme normal. Il est lié à l'usure normale du temps, à l'artériosclérose. Cette femme de 51 ans présentait un délire de jalousie suivi d'une désintégration des fonctions intellectuelles. L'examen au microscope du cerveau de la patiente a révélé la présence, dans le cortex cérébral, de lésions analogues à celle de la démence sénile (les plaques séniles), associées à des lésions jusque là inconnues caractérisées par des amas anormaux de fibrilles dans les neurones (les dégénérescences neurofibrillaires).

En 1912, dans son influent *Traité de Psychiatrie*, Kraepelin<sup>10</sup> individualise la « maladie d'Alzheimer » comme une démence du sujet jeune, rare et dégénérative, laissant au terme de « démence sénile », les démences vasculaires du sujet âgé. Cette opposition sera reprise par la majorité des écoles européennes.

### 1.1.2 La notion de démence et la maladie d'Alzheimer : définitions

Le terme médical démence désigne un groupe de pathologies présentant un même ensemble de syndromes et renvoie à un déficit cognitif associant obligatoirement une altération de la mémoire et l'atteinte d'une autre fonction cognitive (langage,

---

<sup>10</sup> KRAEPLIN E. (1856-1926) était un psychiatre allemand.

apprentissage, geste...), survenant en l'absence de confusion mentale ou d'agitation. La démence est la maladie neurologique la plus fréquente chez les personnes âgées. Il existe deux types de démences :

- les démences dégénératives
- les démences vasculaires.

Le corps médical distingue classiquement trois stades de démence en fonction des possibilités d'autonomie et d'adaptation à la vie quotidienne :

- les démences légères altérant les activités quotidiennes mais préservant l'autonomie: hygiène personnelle maintenue, jugement intact
- les démences modérées affectant l'autonomie avec une aide nécessaire mais intermittente
- les démences sévères nécessitant une prise en charge permanente.

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune des démences. Elle représente 65% des cas de démences. Cependant, maladie d'Alzheimer et démence ne sont pas des termes équivalents.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)<sup>11</sup> a décrit la maladie d'Alzheimer comme une affection neurodégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuro-pathologiques spécifiques (dégénérescence neuro-fibrillaires et plaques séniles).

### **1.1.3 Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer**

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est une phase déterminante car c'est la première étape du projet d'accompagnement de la personne atteinte de cette maladie. Il est difficile car il n'existe pas de marqueurs biologiques ante-mortem spécifiques à la maladie. Il reste donc un diagnostic d'exclusion d'autres types de démences.

L'ANAES recommande de procéder à un bilan biologique et d'imagerie cérébrale effectuée en fonction du contexte clinique afin d'éliminer toute cause curable du trouble. Ce sont donc des observations cliniques<sup>12</sup> qui permettent d'établir le diagnostic. Ces observations reposent sur une évaluation neuropsychologique basée sur un ensemble de

---

<sup>11</sup> La Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé la Haute Autorité en Santé (HAS) qui remplace l'ANAES. Il s'agit d'un organisme consultatif public indépendant d'expertise scientifique.

<sup>12</sup> Interrogatoire et examen physique du patient qui s'oppose aux examens complémentaires comme l'imagerie cérébrale.

tests évaluant les fonctions cognitives: mémoire, langage, pensée abstraite, orientation spatio-temporelle et praxies<sup>13</sup>. Ces tests font référence au DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition).

D'autres critères sont plus souvent utilisés pour caractériser la maladie d'Alzheimer et notamment le critère développé par la NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and stroke Alzheimer's Disease and Related Disorders Association)<sup>14</sup>.

Le diagnostic est alors considéré comme:

- certain lorsque la preuve histologique est fournie (autopsie)
- probable en l'absence de preuve histologique quand le tableau clinique est typique
- possible quand le tableau clinique est atypique.

Un examen général de la personne notamment cardiovasculaire et une évaluation nutritionnelle (car la perte de poids est fréquente chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) complète la panoplie de tests.

Le Mini Mental State Examination (MMSE)<sup>15</sup> permet d'apprécier le niveau de sévérité de la démence et de repérer un désordre cognitif. Cependant, il n'est pas un test de diagnostic ni un test de dépistage. Ce test comprend 30 questions côtées sur un point. Un score inférieur à 24 est considéré comme pathologique. Cependant, un score supérieur à 24 n'élimine pas nécessairement une démence notamment lorsque la personne à un niveau socio-culturel élevé. De même un score inférieur à 24 peut révéler un état confusionnel isolé écartant ainsi la démence. Le MMSE reste donc approximatif.

La maladie d'Alzheimer n'est diagnostiquée en France que chez 50% des patients atteints<sup>16</sup>. C'est dommageable car il permet au patient de bénéficier de traitements pouvant être efficaces et de l'inscrire dans une filière de prise en charge diminuant ainsi la consommation en soins hospitaliers et retardant l'entrée en institution.

#### **1.1.4 Les manifestations de la maladie d'Alzheimer**

La maladie d'Alzheimer commence en général par des troubles de la mémoire portant sur des faits récents. Ces troubles peuvent souvent rester inaperçus par l'entourage et mis sur le compte du vieillissement normal de la personne. Ils sont souvent

---

<sup>13</sup> Gestes de la vie quotidienne.

<sup>14</sup> Annexe I.

<sup>15</sup> Annexe II.

<sup>16</sup> RIGAUD A.S. Maladie d'Alzheimer. *La revue du praticien*, 2002, n°592, pp. 1661-1670.

méconnus à un stade précoce de la maladie ce qui peut expliquer que le diagnostic ne soit fait qu'une fois sur deux ou qu'il soit porté à un stade tardif

La personne oublie ensuite les faits anciens comme par exemple les personnes connues ou les dates d'anniversaire.

Puis son comportement se modifie: perte d'initiative, apathie retentissant sur sa vie quotidienne.

Ils s'ajoutent au fur et à mesure:

- une désorientation temporo-spatiale : le patient se perd dans des lieux non familiers puis dans son quartier et enfin à son domicile
- une atteinte des fonctions instrumentales : cela se caractérise par des troubles du langage (aphasie) tel que le manque d'un mot; des troubles visuoconstructifs et des troubles de la pensée abstraite se manifestant par exemple par l'impossibilité de répondre à la question: qu'y a-t-il de commun entre une pomme et une orange?

L'évolution de la maladie est aussi marquée par des troubles du jugement et du raisonnement qui sont parfois à l'origine de troubles du comportement. 80% des patients seraient concernés par des troubles du comportement dominées par l'apathie, l'anxiété, l'agitation, l'agressivité et l'instabilité psychomotrice. Ces troubles entraînent une déambulation du patient avec des risques de fugues.

La démence et notamment la maladie d'Alzheimer est une des premières cause de dépendance chez la personne âgée. Cette perte d'autonomie constitue 72%<sup>17</sup> des demandes potentielles d'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>18</sup> et représente le principal motif d'entrée en institution.

L'ensemble de ces conséquences cliniques est très variable d'une personne à l'autre en fonction de facteurs tels que l'âge de début de maladie, la rapidité d'évolution et la diversité des troubles cognitifs et comportementaux.

Enfin, l'évolution de ces troubles est lente et progressive avec un retentissement sur la vie sociale du malade. En effet, les difficultés liées à la maladie gênent le développement voire le maintien d'une vie relationnelle et sociale. La perte d'autonomie, le repli sur soi font que les contacts se réduisent au cercle des proches. Il arrive aussi que les amis fuient par peur d'être eux-mêmes atteints ou par crainte de ne pas savoir ou de

---

<sup>17</sup> BARBERGER-GATEAU P., PERES K., LAGALAYE L. et al. Démence et perte d'autonomie fonctionnelle du sujet âgé. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2005, n°36, pp. 69-76.

<sup>18</sup> L'APA finance les plans d'aide de personnes âgées de plus de 60 ans dont le degré d'autonomie pour effectuer les gestes de la vie courante est faible. Cette perte d'autonomie est évaluée par un au moyen de la grille AGGIR : GIR 1 (forte dépendance) à GIR 6 (personne autonome). Seules les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à GIR 4) peuvent bénéficier de cette allocation versée par le conseil général.

ne pas pouvoir aider suffisamment. Cela entraîne aussi une solitude des proches, des aidants devant cette démotivation ou ces replis sur soi du malade associé à sa dépendance.

## **1.2 Les besoins au niveau national : les orientations nationales et le contexte réglementaire**

### **1.2.1 Epidémiologie**

Il n'existe en France qu'une seule étude de type longitudinale permettant de connaître l'épidémiologie des démences de type Alzheimer : l'étude PAQUID (Personnes âgées : quid ?). Cette étude a débuté en 1988 auprès de 4134 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ou en institution tirées au sort dans le département de la Gironde. Son objectif est d'étudier le vieillissement normal et pathologique de la population après 65 ans. Les données de cette étude réactualisées estiment à 800 000 le nombre de personnes atteintes de ce type de trouble. Cela représente 18% des personnes de plus de 75 ans. Il y aurait 165 000 nouveaux cas par an. Cependant, ces estimations sont très variables d'une source à l'autre en raison du grand nombre de malades non diagnostiqués. Ainsi, le rapport n°466 du 13 juillet 2005 de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de santé (OPEPS) relatif à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées avance le nombre de 855 000 personnes atteintes de ce type de troubles démentiels et compte 225 000 nouveaux cas par an. Selon ce même rapport, trois millions de personnes seraient concernées directement et indirectement (les familles par exemple) par ces troubles. La prévalence c'est-à-dire le nombre de cas, augmente avec l'âge passant de 18% à l'âge de 75ans à 30% après 80 ans, avec un doublement tous les quatre ans. L'incidence c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas par an, croît aussi avec l'âge.

En 2050, 11 millions de personnes seraient atteintes de ces troubles démentiels. De plus, ces chiffres pourraient être revus à la hausse car les projections élaborées en 2000 pour 2010 en matière de prévalence ont été atteintes en 2003<sup>19</sup>. Toutefois, la prise de conscience de ce problème majeur de santé publique, les progrès dans la prise en charge de ces troubles et les avancées en matière de recherche pourront peut-être faire démentir ces projections inquiétantes.

---

<sup>19</sup> CNEH. Monter un projet de prise en charge des maladies d'Alzheimer et apparentées en institution médico-sociale. *Formation continue*, 2005.

Selon cette même étude PAQUID, chaque médecin généraliste voit en moyenne trois à cinq nouveaux cas par an et autant ne sont pas diagnostiqués. Chaque médecin généraliste devrait avoir en moyenne 40 patients atteints de ces troubles dans sa clientèle.

La maladie d'Alzheimer est une maladie coûteuse. En effet, la dépendance physique et cognitive est responsable d'une forte consommation de soins et de services à domicile. La dépense est estimée pour une famille entre 1500 et 5000 euros par mois en tenant compte des coûts liés à la consommation médicale, les aides rémunérées, les bénévoles et les coûts en institution. Le montant des dépenses médicales directement liées à la maladie d'Alzheimer est de 1 milliard d'euros dont 97% est financé par l'assurance maladie<sup>20</sup>.

### **1.2.2 L'intervention des pouvoirs publics : les plans Alzheimer**

La prise de conscience de la possibilité d'intervenir sur ces types de troubles démentiels est récente. Les pouvoirs publics ont retenu la formule du plan avec des circulaires d'application, dont on peut s'interroger sur leur valeur juridique, pour faire face à ce problème de santé publique. Les différents plans Alzheimer préconisent l'inscription précoce du patient dans une filière de prise en charge et veulent augmenter l'espérance de vie sans incapacité par une amélioration de la prise en charge médicale, sociale et environnementale. Pour ce faire, ils se sont axés sur un diagnostic précoce de ces troubles démentiels et sur le maintien à domicile des patients dans les meilleures conditions possibles.

Le premier plan Alzheimer a été publié en Octobre 2001 et proposé par B. Kouchner, E. Guigou et P. Guinchard-Kunstler. Il reconnaît la maladie d'Alzheimer en tant que maladie. Il fait le constat d'une recherche non coordonnée, d'une aide aux aidants insuffisante et d'une stratégie de prévention inexistante. Six objectifs ont alors été dégagés :

- identifier les premiers symptômes et orienter
- structurer l'accès à un diagnostic de qualité
- préserver la dignité des personnes
- soutenir et informer les malades et leurs familles
- améliorer la qualité des structures d'hébergement et les renforcer
- favoriser les études et la recherche clinique.

---

<sup>20</sup> CNEH. Monter un projet de prise en charge des maladies d'Alzheimer et apparentées en institution médico-sociale. *Formation continue*, 2005.

Suite à ce premier plan, la circulaire du 16 avril 2002 avait pour objectif de guider les travaux des ARH et des DASS pour la mise en application du programme Alzheimer.

Le deuxième plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 fixe 10 objectifs :

- reconnaître la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, comme des maladies à part entière et promouvoir le respect de la personne malade
- anticiper et mieux comprendre les besoins des malades et des familles, et faciliter l'adaptation de l'offre aux besoins
- faciliter un diagnostic précoce de qualité afin de ralentir l'évolution de la maladie et prévenir ses complications
- mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades et les familles dès le stade précoce de la maladie
- mieux accompagner les patients vivant à domicile
- adapter les établissements pour personnes âgées, prendre en compte la spécificité de ces maladies
- développer la formation des professionnels et aider les bénévoles
- faciliter la prise en charge des malades en solution de crise
- prendre en compte la spécificité des patients jeunes
- favoriser les études et la recherche clinique.

La circulaire du 30 mars 2005 fixe les modalités de mise en œuvre de ce plan avec une annexe consacrée à l'accueil de jour.

La limitation de la perte d'autonomie des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer et le retentissement sur les proches des patients figurent dans l'un des objectifs fixés par la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique.

Enfin, depuis le décret n°2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, la maladie d'Alzheimer figure nommément dans la liste des affections de longue durée (ALD).

## **1.3 Une prise en charge nécessairement globale de la maladie**

### **1.3.1 Une prise en charge complexe du malade**

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer est complexe. Elle dépend du stade de la maladie et varie avec le temps.

Les traitements médicamenteux sont assez récents. Même s'ils sont efficaces de façon modérée, ils demeurent des substitutifs. Les anticholinestérases (Aricept) agissent contre les troubles cognitifs. Ils sont prescrits lorsque la maladie est d'intensité légère,

modérée et modérément sévère (MMSE entre 10 et 26). A des stades modérés et sévères (MMSE entre 3 et 14), la mémantine (Exiba) est un médicament souvent prescrit.

Le traitement des troubles du comportement est assuré par des psychotropes qui ont cependant des effets secondaires pouvant majorer les troubles cognitifs ou favoriser les chutes. Ces médicaments sont actifs chez un certain nombre de patients. Cependant ils agissent sur les symptômes et non sur la maladie d'Alzheimer.

En l'absence de thérapies médicamenteuses réellement curatives, d'autres approches se sont développées :

- approches environnementales agissant sur l'environnement spatial et social des malades
- approches psychologiques comprenant des techniques de stimulations cognitives
- approches orientées vers les stimulations émotionnelles et sensorielles en rééduquant la mémoire ou en pratiquant diverses activités artistiques par exemple.

L'efficacité de ces interventions centrées sur le patient souffrent des mêmes écueils que les traitements médicamenteux. Ce dernier point a été souligné par l'ANAES<sup>21</sup>.

La maladie d'Alzheimer crée des risques et des dangers. Le patient est dans l'impossibilité de gérer ses affaires. S'il est aidé par son entourage, il apparaît souvent judicieux de le placer sous protection juridique. Les associations telles que France Alzheimer recommande aux aidants de suivre cette démarche la considérant comme un élément important de la prise en charge de leur proche. Selon le degré d'incapacité et après examen médical, le juge des tutelles a le choix entre trois niveaux de protection : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle qui impliquent une prise en charge plus ou moins complète de la personne au quotidien.

### **1.3.2 La notion d'aidant**

75% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile<sup>22</sup>. La majorité d'entre elles vivent avec un aidant. Les aidants informels ou naturels sont « les soignants comprenant des membres de la famille, des voisins, ou d'autres qui prêtent des soins et font de l'accompagnement aux personnes dépendantes de façon régulière sans bénéficier d'un statut professionnel conférant les droits et les obligations liés à un tel

---

<sup>21</sup> ANAES. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, Mai 2003.

<sup>22</sup> CNEH. Monter un projet de prise en charge des maladies d'Alzheimer et apparentées en institution médico-sociale. *Formation continue*, 2005.

statut »<sup>23</sup>. Ils se sentent souvent « choisis », obligés ou seuls capables d'assurer la prise en charge de leur proche. Suite aux entretiens que j'ai pu mener, ces aidants m'ont souvent dit : « j'étais la seule personne qui pouvait s'occuper d'elle ou de lui pour des raisons de distance géographique ou d'ordre relationnel ». Cette aide est souvent assurée par une personne non formée.

Il y a 3 700 000 aidants informels en France<sup>24</sup>. Selon l'enquête HID<sup>25</sup>, l'aidant type est une femme issue de l'entourage familial ne travaillant pas et assumant seule la prise en charge du patient. Cette femme est relativement âgée et peut avoir elle-même des problèmes de santé<sup>26</sup>.

L'investissement de l'aidant peut se décliner à différents degrés selon la gravité de la perte d'autonomie du malade. Il peut intervenir pour :

- les activités instrumentales comme la gestion des papiers ou la préparation des repas
- les activités élémentaires de la vie quotidienne comme la toilette ou l'habillage
- la supervision des actes du patient.

Les aidants naturels consacrent en moyenne 57H par semaine en début de maladie pour prendre en charge leur proche pour terminer à 89H par semaine après quelques années<sup>27</sup>.

S'ils ont un rôle à remplir vis-à-vis de leur proche, ils ont aussi d'autres rôles à remplir : marital, parental et professionnel. Pour ce faire, 36% des aidants ont aménagé leurs horaires de travail<sup>28</sup>. Une étude canadienne<sup>29</sup> a montré que les interruptions de travail attribuables aux responsabilités de soins ont été deux fois plus fréquentes chez les employés aidants naturels de personnes souffrant de démence que chez les aidants de personnes âgées ne souffrant pas de démence.

---

<sup>23</sup> Enquête INSEE. Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID), 1998-2002.

<sup>24</sup> DUTHEIL N. Les aides et les aidants des personnes âgées. *DREES, Etudes et résultats*, Novembre 2001, n°142.

<sup>25</sup> Enquête INSEE. Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID), 1998-2002

<sup>26</sup> ZARIT SH., REEVER KE., BACH-PETERSON J. Relatives of the impaired elderly correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 1980, n°20, pp.649-655.

<sup>27</sup> ANDRIEU S. Les aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : une population à risque. *La revue du praticien*, 15 novembre 2005, pp.1908-1909.

<sup>28</sup> DUTHEIL N. Les aides et les aidants des personnes âgées. *DREES, Etudes et résultats*, Novembre 2001, n°142.

<sup>29</sup> CAN J. Patterns of Caring for people with dementia in Canada. *Aging*, 1994, vol 13 n°4, pp.470-487.

Les répercussions d'ordre social sont aussi fréquentes. Dans le cadre des entretiens menés auprès d'aidants informels, tous m'ont affirmé que la maladie d'Alzheimer est une maladie qui isole. Ils sortent moins et ne partent en vacances que si « une autre personne assure le relais »<sup>30</sup> auprès de leur proche.

### 1.3.3 L'aide proprement dite

La maladie d'Alzheimer a un retentissement tant physique, psychologique et social sur l'aidant. Un niveau de fardeau<sup>31</sup> élevé chez l'aidant est important car c'est un déterminant majeur d'entrée en institution du patient. Certains parlent de « maladie familiale ». D'autres considèrent les aidants comme des « co-patients » potentiels<sup>32</sup>.

Face à la maladie et ses conséquences, l'aidant peut priver le malade de toute activité et de tout contact par peur ou par honte. Lors de mes entretiens, le personnel soignant rencontré a confirmé cette idée : « Les proches disent souvent : il ne sait rien faire et n'est pas sociable ou faites attention il risque de tout faire tomber ». Ce personnel m'a ensuite indiqué que les patients savaient faire mais étaient bloqués par leur entourage. Il se dégage de ces constatations que si l'aide apportée par les proches est nécessaire, il n'en demeure pas moins qu'une information, une éducation (terme utilisé par le personnel soignant), des conseils, un soutien psychologique et des encouragements auprès des aidants est indispensable à une prise en charge adaptée du patient.

L'aide aux aidants, développée à partir des années 90, est aujourd'hui un concept reconnu et inscrit dans les plans Alzheimer et dans la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Cependant, le besoin d'aide est souvent manifesté au dernier moment par l'aidant. Il est donc important d'évaluer régulièrement la charge qui pèse sur eux et d'anticiper la situation de crise en leur proposant une aide. Le soutien aux aidants peut être de quatre types pouvant être associés :

- un apport technique : aménagement des locaux
- un soutien psychologique : constitution de groupes de parole

---

<sup>30</sup> Propos tenus par la majorité des aidants naturels que j'ai pu interroger.

<sup>31</sup> Le concept de fardeau a été développé par Zarit. Il étudie les conséquences de la maladie d'Alzheimer sur la vie de l'aidant sous différentes dimensions : physique, psychologique, socioprofessionnelle et financière.

<sup>32</sup> NOURHASHEMI F., GILLETTE S., ANDRIEU S. Projet de soin et suivi dans la maladie d'Alzheimer. *La revue du praticien*, 15 novembre 2005, pp.1903-1911.

- un programme d'informations et de formations sur la maladie et son évolution. L'aidant non préparé peut alors développer son savoir-faire et son savoir-être avec son proche. Il aura connaissance de toutes les aides possibles. Cette aide est indispensable car bon nombre d'aidants ne connaissent pas les aides disponibles. Au sein d'un groupe de parole organisé par France Alzheimer, j'ai pu remarqué qu'un aidant ignorait l'existence du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)<sup>33</sup>, de l'accueil de jour et de la consultation mémoire<sup>34</sup>.
- organisation d'un réseau de soutien offrant du répit aux aidants. L'existence d'aides extérieures réduit les indicateurs de stress chez l'aidant<sup>35</sup>. C'est le cas par exemple des services d'aide à domicile, des hôpitaux de jour, des accueils temporaires et des accueils de jour.

Présenté en juillet 2006, le plan « Solidarité grand âge » s'inscrit dans cette volonté de soulager les aidants en prévoyant notamment un congé de soutien familial.

## 1.4 Les alternatives à l'institutionnalisation

### 1.4.1 L'accueil temporaire

L'accueil temporaire est né en milieu rural au début des années 80. Destiné aux personnes âgées, il s'agissait de lutter contre l'isolement et des conditions de confort difficiles des personnes âgées pendant l'hiver.

Cette formule s'est vue dotée d'une base légale et réglementaire par la loi du 2 janvier 2002<sup>36</sup> et son décret d'application du 17 mars 2004.<sup>37</sup> Ce décret étend aux personnes âgées un dispositif initialement prévu pour les seules « personnes handicapées de tous âges ». Il définit l'accueil temporaire comme : « un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou

---

<sup>33</sup> Les CLIC sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination au service des personnes âgées.

<sup>34</sup> La consultation mémoire est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui élabore un diagnostic. Elle met en place un projet de soins et d'aide en partenariat avec le médecin traitant.

<sup>35</sup> ZARIT S., STEPHENS M., TOWNSEND A. Stress reduction for family caregivers effects of day care use. *American psychological association*, 1996.

<sup>36</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale.

<sup>37</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées.

partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour ». L'accueil temporaire est souvent un hébergement temporaire dans le milieu des personnes âgées permettant ainsi de le distinguer de l'accueil de jour.

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limité dans le temps : de quelques semaines à 6 mois maximum. Il s'agit d'une solution transitoire pour pallier à une rupture momentanée de prise en charge. Il s'adresse donc aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise, d'isolement, d'absence des aidants, de départ en vacances. Il peut ainsi représenter une étape intermédiaire avant le retour à domicile de la personne âgée qui a été hospitalisée ou constituer un premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement.

Il y a actuellement 8590 lits<sup>38</sup> d'hébergement temporaire. Cependant, beaucoup de places d'hébergement temporaire ne sont pas « déclarées ».

Cet hébergement nécessite une organisation particulière :

- chambre spécifique à l'hébergement temporaire avec le risque de gestion des vacuités
- un accueil initial particulièrement précis
- un projet de soin spécifique et individualisé
- une organisation contractuelle du départ.

Ce type d'alternative requiert une gestion de la programmation avec une répartition des demandes sur l'année mais également une gestion des urgences avec à titre d'exemple l'hospitalisation du conjoint.

Les tarifs afférents à l'hébergement et à la dépendance sont identiques à ceux de l'hébergement complet. Le forfait journalier de soins est de 33,54€ par jour<sup>39</sup>. La distinction à apporter avec l'hébergement complet concerne le mode de solvabilisation de la personne accueillie. Les dépenses d'hébergement et de dépendance peuvent être couvertes en tout ou partie par le plan d'aide de l'APA à domicile.

L'offre d'hébergement temporaire est trop limitée. Les hôpitaux et les EHPAD ne réservent que quelques places aux résidents non permanents. Le coût est élevé pour les familles souvent faiblement solvables. De plus, la création de ce type d'alternative est plus le fruit d'initiatives locales disparates plutôt que celui de politique publique.

L'hébergement temporaire permet de dénouer des situations de crise et de soulager les familles. Il constitue alors plus une solution complémentaire au maintien à domicile

---

<sup>38</sup> CNEH. Les alternatives à l'hébergement complet en EHPAD. *Formation continue*, 2006.

<sup>39</sup> Circulaire DHOS/02/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.

qu'une réponse à une prise en charge spécifique de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

#### **1.4.2 L'hôpital de jour**

La création d'un hôpital de jour est régie par le décret du 2 octobre 1992<sup>40</sup>. Ce décret restrictif impose la suppression de 2 lits de court séjour pour pouvoir créer une place en hôpital de jour. En raison de cette exigence, l'ouverture de ce type d'alternative a été freinée.

Il existe aujourd'hui une centaine d'hôpitaux de jour en France.

L'hôpital de jour est une structure sanitaire constituant une alternative à l'hospitalisation à temps plein. L'objectif principal de l'hôpital de jour est d'apporter un soin programmé tout en préservant le maintien du sujet dans son milieu. L'hospitalisation est programmée pour une durée déterminée. Elle a une vocation en soin gériatrique donnant ainsi à la personne âgée un accès au soin.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, l'hôpital de jour offre la possibilité d'un soin global que ce soit en termes de diagnostic, de prise en charge thérapeutique et de suivi.

Les soins dispensés en hôpital de jour sont mis en œuvre par des soignants formés. Il est alors nécessaire de doter cette structure d'un temps médical devant être un praticien hospitalier à temps plein. Il faut aussi y associer des moyens paramédicaux tels que des infirmiers, des aides soignants par exemple.

L'hôpital de jour est donc une structure sanitaire, permettant à ce titre une prise en charge globale de la maladie d'Alzheimer et proposant une démarche de soin nécessaire pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à un stade débutant. Il a donc un rôle gériatrique essentiel et bénéficie d'une capacité d'organisation du suivi. Il permet alors un maintien à domicile du patient dans de meilleures conditions tout en la préparant à une éventuelle institutionnalisation. Cependant, l'ensemble des hôpitaux de jour pour personnes âgées ne répond pas à cette définition. En effet, nombreux sont ceux qui fonctionnent sur un projet basé sur une prise en charge et non sur une démarche de soin.

---

<sup>40</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992 – Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

### 1.4.3 L'accueil de jour

L'accueil de jour est aujourd'hui l'alternative la plus connue et la plus répandue. En 2003, il y avait 3600 places d'accueil de jour dont 1822 dédiées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés en France<sup>41</sup>. Ce développement de l'accueil de jour est dû à sa reconnaissance officielle par la mise en place du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées et le soutien financier des pouvoirs publics. Ce programme lancé en 2001 a toutefois inscrit parmi ses objectifs prioritaires l'amélioration de la prise en charge et le soutien des familles en favorisant la création de places d'accueil de jour.

Si ce programme a reconnu officiellement l'accueil de jour, sa dénomination est longtemps restée floue :

- absence de définition légale
- modes d'organisation et de fonctionnement très hétérogène
- financement aléatoire.

La circulaire du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre de ce programme est venue clarifier cette situation en définissant un cahier des charges précis pour la création d'un accueil de jour.

La réforme de la solidarité pour les personnes dépendantes dans son volet « vieillissement et solidarités », présentée par le Premier ministre le 6 novembre 2003, prévoit la création de 13000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire d'ici à 2007.

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 préconise une meilleure prise en compte des besoins des patients et des familles ainsi qu'un meilleur accompagnement des malades vivant à domicile. Il prévoit à ce titre la création de 8500 places d'accueil de jour d'ici à 2007 en insistant sur le développement de formules de répit. La circulaire du 30 mars 2005 prise en application de ce plan reprend les grandes lignes du cahier des charges développé par la circulaire du 16 avril 2002.

L'accueil de jour consiste à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine voire demi-journée, des personnes âgées vivant à domicile dans des locaux dédiés à cet accueil. Lorsque l'accueil de jour s'adresse à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, il a comme objectifs principaux de préserver, maintenir voire de restaurer l'autonomie des personnes atteintes de troubles démentiels et de permettre une poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour les aidants. L'accueil de jour est donc une structure

---

<sup>41</sup> CNEH. Les alternatives à l'hébergement complet en EHPAD. *Formation continue*, 2006.

« médico-psychosociale »<sup>42</sup>. C'est le « chaînon manquant » qui permet une liaison renforcée entre les familles, les médecins de ville et l'hôpital et/ou l'EHPAD. L'accueil de jour s'inscrit donc dans un réseau de prise en charge des troubles démentiels.

La personne malade va pouvoir participer à différentes activités : lecture, aide à la préparation des repas ou des desserts, chant, gymnastique, groupe de discussion. C'est aussi un lieu où la personne va pouvoir élargir son cercle de relations jusqu'alors réduit à son proche entourage. Il permet souvent de retarder considérablement l'entrée en institution et parfois même de la repousser à la période de fin de vie.

L'accueil de jour ne constitue pas une « garderie ». Son organisation doit être basée sur un projet de soins. Le personnel accueillant les malades doit être formé au moyen d'une qualification initiale : infirmière, aide médico-psychologique (AMP), ergothérapeute et d'une formation continue. L'annexe 5 de la circulaire du 30 mars 2005 précise d'ailleurs que « lors de toute nouvelle admission, un projet individualisé de prise en charge est élaboré ». La prise en charge en accueil de jour est préconisée pour les stades modérés à sévères précédant l'institutionnalisation<sup>43</sup>.

La circulaire du 16 avril 2002 permet un financement par l'assurance maladie sous forme de forfait soins. Il est de 22.87€ par jour et par place sur la base de 300 jours par an. L'octroi de ce financement est subordonné à la signature d'une convention tripartite entre l'Etat, le conseil général et l'établissement auquel se rattache l'accueil de jour. L'APA à domicile versée par le département couvre une partie de forfait dépendance à condition que l'accueil de jour soit inscrit dans le plan d'aide de la personne. Enfin, le malade doit s'acquitter du forfait hébergement.

L'accueil de jour n'est pas une formule qui fait l'unanimité. En effet, le solde du coût journalier est supporté par la personne âgée ou sa famille. L'offre est insuffisante au vu de l'incidence de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Toutefois, on peut remarquer qu'en raison notamment du sentiment de culpabilité des aidants, certaines structures ne sont pas utilisées au maximum de leur capacité. Enfin, la non prise en charge des transports par l'assurance maladie constitue un véritable obstacle au bon fonctionnement d'un accueil de jour.

Au regard de la description de ces alternatives, on peut s'interroger sur les différences pouvant exister entre un hôpital de jour et un accueil de jour. Le présent tableau permet de comprendre les spécificités de ces deux alternatives :

---

<sup>42</sup> LLANAS H. L'hôpital entre le sanitaire et le social, exemple du centre d'accueil de jour Alzheimer de Villejuif. *Gestion hospitalière*, Mai 2003, n°426, pp.353-354.

<sup>43</sup> Propos tenus par le Professeur METAIS, gériatre.

<u>HOPITAL DE JOUR</u>	<u>ACCUEIL DE JOUR</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipe soignante multidisciplinaire</li> <li>▪ Présence d'un médecin</li> <li>▪ Programme de soin intégré</li> <li>▪ Patients en début de troubles</li> <li>▪ Lieu de référence, de formation, de recherche</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Champ sanitaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipe soignante de moins grande technicité</li> <li>▪ Pas de médecin</li> <li>▪ Ateliers thérapeutiques</li> <li>▪ Patients à un stade modéré à sévère</li> <li>▪ Lieu de proximité</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Champ médico-social</b></p>

Ces alternatives plutôt qu'être concurrentes sont complémentaires. Elles ont toutes pour objectifs de donner le choix aux personnes âgées, de favoriser le maintien à domicile, de répondre à une situation temporaire difficile, de soulager les aidants et de maintenir ou de renouer le lien social. Elles permettent une prise en charge globale de la maladie. Cependant, quel peut être la place de l'hôpital local dans la création de telles structures ?

## **2 L'INTÉRÊT D'UN ACCUEIL DE JOUR POUR PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE TROUBLES APPARENTÉS À L'HÔPITAL LOCAL DE BRIE-COMTE-ROBERT**

La création de 8 places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, tout en répondant à un réel besoin, s'inscrit dans les missions de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert. Cela lui permettra de s'ouvrir vers l'extérieur et le confortera dans son rôle de prise en charge globale du sujet âgé.

### **2.1 Une alternative entrant dans le champ d'intervention de l'hôpital local**

#### **2.1.1 La notion d'hôpital local**

Selon l'article L6141-2 du code de la santé publique (CSP), les hôpitaux locaux sont des établissements publics de santé au même titre que les centres hospitaliers. Les missions de l'hôpital local sont définies à l'article R711-6-4 du CSP : l'hôpital local a pour objet de dispenser : « 1) avec ou sans hébergement : a) des soins de courte durée en médecine, b) des soins de suite ou de réadaptation tels que définis par l'article L611-2, 2) des soins de longue durée comportant un hébergement ». « Il participe notamment aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées de médecine préventive et d'éducation pour la santé et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux ».

Le fonctionnement médical de l'hôpital local est assuré en majorité par la présence de médecins libéraux<sup>44</sup>. L'hôpital local est un hôpital de proximité. Sa zone d'intervention est restreinte en raison même de son fonctionnement interne basé sur la participation des médecins libéraux. Cette particularité associée à son origine historique et à sa position géographique en zone rurale ou périurbaine, en font un acteur majeur de prise en charge des personnes âgées.

En raison de la politique de restructuration hospitalière menée au cours des années 90, de nombreux lits de médecine ont fermé et les hôpitaux locaux se sont recentrés vers l'accueil des personnes âgées. Ils ont alors été menacés de transformation en EHPAD

---

<sup>44</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. - Décret n°92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical de l'hôpital local (article R711-6-4 à R711-6-21 du CSP) et REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux.

après la fermeture de certains d'entre eux. Depuis la constitution d'un premier groupe de travail au ministère en 2001 et la parution de plusieurs textes réglementaires dont notamment la circulaire du 28 mai 2003<sup>45</sup> sur les missions de l'hôpital local et la circulaire du 5 mars 2004<sup>46</sup> sur les SROS de 3<sup>ème</sup> génération, les hôpitaux locaux ont de nouveau une place dans le système sanitaire. L'hôpital local constitue alors un élément clé d'une politique sanitaire et sociale globale.

La circulaire du 28 mai 2003 rappelle les spécificités de l'hôpital local :

- « il dispense des soins à une population vivant à domicile dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et réadaptation (SSR) et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (service de soins infirmiers à domicile, hospitalisation à domicile...)
- il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie) une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité ».

Il a donc une double vocation : sanitaire et médico-sociale. Cette offre de soins dispensée par l'hôpital local fait de lui le 1<sup>er</sup> niveau de prise en charge d'une population vivant à domicile.

Le maintien à domicile ou le retour à domicile des patients fait partie intégrante des objectifs des hôpitaux locaux. C'est cette spécificité qui est intéressante dans le rôle de l'hôpital local dans le développement des alternatives décrites plus haut.

Avec l'évolution démographique marquée par une augmentation des personnes âgées, les hôpitaux locaux deviennent donc des acteurs majeurs dans la politique d'hébergement et de maintien à domicile. C'est la raison pour laquelle ces établissements développent une prise en charge globale de la population âgée à la frontière du sanitaire et du sociale.

L'hôpital local doit donc s'efforcer de répondre à la diversité des besoins des personnes âgées et/ou de constituer le pivot autour duquel s'articulent toutes les interventions sanitaires et médico-sociales qui leur sont nécessaires en coordination avec les différents acteurs concernés. L'hôpital local doit jouer un rôle d'interface entre le

---

<sup>45</sup> Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

<sup>46</sup> Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération.

domicile et l'établissement hospitalier de référence. Il doit offrir «une palette large de services contribuant au soutien à domicile »<sup>47</sup>.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation mais aussi à l'institutionnalisation répond à cette volonté de faire de l'hôpital local un maillon essentiel de soutien à domicile. La circulaire du 28 mai 2003 va dans ce sens en insistant sur les actions contribuant au maintien à domicile: HAD, SSIAD, accueil de jour, accueil de nuit, hôpitaux de jour notamment. Elle préconise le développement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en précisant qu'il s'agit : « d'accueillir des personnes hors de leur domicile et de leur prodiguer un accompagnement et des soins adaptés à leurs besoins ». Elle précise aussi que: «ces formules d'accueils temporaires constituent un élément important dans la palette des services mis à disposition de la population concernée par l'hôpital local ». L'hôpital local a donc un rôle à jouer dans la création de structures alternatives à l'institutionnalisation.

### **2.1.2 L'hôpital local de Brie-comte-Robert**

#### A) Historique

L'Hôtel Dieu situé dans l'enceinte de l'établissement est du 17<sup>ème</sup> siècle. L'hospice Beauverger fut construit entre 1910 et 1913. Il a été réhabilité en centre médico-social en 1982. Au cours du temps, l'hôpital ne cessa d'accroître et de renouveler ses bâtiments :

- 1933 : le pavillon des Tilleuls « pour vieillards aisés ». Il est aujourd'hui réservé à l'animation de l'EHPAD.
- 1938 : le pavillon Arthur Chaussy pour tuberculeux
- 1959 : le pavillon A-M Javouhey accueillant 105 résidents
- 1967 : rénovation et agrandissement de la chapelle
- 1976 : unité Claude Tournier comprenant le service de médecine et le SSR
- 1984 : ouverture du pavillon Chantepie accueillant 80 résidents en chambres individuelles
- 1987 : rénovation complète du pavillon A-M Javouhey.

---

<sup>47</sup> Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

## B) L'hôpital local aujourd'hui

L'hôpital local de Brie-Comte-Robert est un établissement public de santé à vocation gériatrique. Sa capacité d'accueil est de 248 lits et de 40 places de SSIAD.

L'établissement dispose de 33 lits de médecine dont trois lits ont été autorisés mais non encore installés et de 30 lits de SSR. Il comprend également un EHPAD d'une capacité de 185 lits. 12 places d'hébergement temporaire ont été autorisées. La convention tripartite a été signée le 1<sup>er</sup> Août 2004. Enfin, il est habilité à l'aide sociale.

Le service de médecine prend principalement en charge :

- les problèmes métaboliques et cardiaques des personnes âgées
- l'altération de l'état général de la personne âgée
- les problèmes d'escarres et de cicatrisation
- la douleur et les fins de vie.

Le service de soins de suite et de réadaptation assure :

- la prise en charge des suites de chirurgie orthopédique, digestive, urologique...
- les suites d'accident vasculaire cérébral
- la prise en charge de la douleur et des fins de vie
- le rétablissement de l'autonomie de la personne âgée en vue d'un retour à domicile.

Ces deux services, le service de kinésithérapie et le SSIAD se situent dans le bâtiment Tournier.

L'EHPAD comprend deux bâtiments contigus dénommés Chantepie et Javouhey. Cinq unités de vie se répartissent sur ces deux pavillons. Le pavillon Chantepie comprend 80 lits et le pavillon Javouhey 105 lits.

Différents acteurs médico-sociaux disposent de bâtiments dans l'enceinte de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert :

- un foyer occupationnel de jour et un foyer d'hébergement pour handicapés mentaux gérés par l'association AMIS
- un centre médico-social rattaché au Conseil Général
- un centre médico-psychologique
- l'association pour le dépistage des cancers en Seine-et-Marne.

C) Activité de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert et profil des personnes prises en charge

65,4% des séjours hospitaliers concernent des femmes. L'âge moyen à l'hôpital est de 81 ans. La classe d'âge la plus représentée est celle des 80-89 ans. 75,4% des patients sont originaires de Seine-et-Marne ; 34% habitent Brie-Comte-Robert.

Service de médecine :

Mode d'entrée :

Année	2003	2004	2005
Mutation soins de suite et réadaptation	0,40%	1,9%	1,8%
Transfert autres établissements de santé	68,43%	67,8%	72,8%
Domicile	31,17%	30,2%	25,4%

Mode de sortie :

Année	2003	2004	2005
Mutation soins de suite et réadaptation	42,24%	48,5%	43,9%
Transfert autres établissements de santé	14,70%	12,7%	11,2%
Domicile	32,45%	30%	34,6%
Décès	10,61%	8,8%	10,3%

### Service de soins de suite et de réadaptation :

91% des entrées proviennent de mutations du service de médecine même si ce pourcentage est moindre que les années précédentes.

Mode de sortie :

Mode de sortie	Nombre de patients	Pourcentage
Mutation en court séjour même établissement	12	4,5%
Transfert autres établissements	46	17,3%
Domicile	143	53,4%
Maison de retraite	55	20,7%
Décès	11	4,1%

### EHPAD

Il y a 82% de femmes et 18% d'hommes. L'âge moyen est de 86,38 ans

Les GIR 1-2 et 3-4 représentent 80% de la population accueillie.

50% des résidents souffrent d'hypertension artérielle. 39,33% sont incontinents. **38,20% ont des syndromes démentiels.** 30,90% présentent un état dépressif. 24,16% sont grabataires. 23,03% ont des troubles du rythme cardiaque. 19,10% souffrent d'une pathologie de la hanche.

54,55% des résidents sont originaires de Seine-et-Marne. La moitié d'entre eux sont de Brie-Comte-Robert. 38,96% sont originaires des autres départements de la région parisienne. Enfin, 6,49% viennent de la province.

### SSIAD

L'âge moyen est de 82,71 ans. La tranche d'âge la plus représentée est 90-95 ans.

67% des patients habitent à Brie-Comte-Robert. L'objectif de cette prise en charge est le maintien à domicile pour 30,14% des patients.

## D) Le personnel

Il y a 195 équivalents temps plein (ETP) à l'hôpital local de Brie-Comte-Robert. Dix médecins généralistes libéraux sont autorisés à donner des soins à l'hôpital. Un praticien attaché à temps partiel assure des vacations en SSR. Un médecin coordonnateur organise le service médical. Deux cadres de santé encadrent les deux services de soins de l'hôpital. Deux médecins salariés représentant un ETP sont présents au sein de l'EHPAD. Deux cadres de santé coordonnent les équipes soignantes de l'EHPAD.

## E) Les évolutions de l'hôpital

Trois lits de médecine ont été attribués par l'ARH. Cette augmentation de capacité de court séjour fait suite à l'évolution souhaitée du rôle de l'hôpital local par les pouvoirs publics. Le programme d'action intitulé « La France des proximités » lancé en 2005 par Philippe Douste-Blazy alors ministre de la santé, vise à améliorer la vie quotidienne des français dans trois domaines :

- le quotidien des personnes âgées avec la création de nouveaux services à domicile
- l'aide aux familles en développant les modes de garde d'enfant
- équité d'accès au service de santé en soutenant les hôpitaux locaux.

Ce programme prévoit notamment la création de 1350 lits de médecine d'ici à 2007 favorisant ainsi la remédicalisation des hôpitaux locaux. Dans ce cadre, 90 000 € ont été versés à l'hôpital local et deux postes d'infirmières ont été autorisés.

12 places d'hébergement temporaire ont été autorisées en 2003.

Un projet de construction d'une unité Alzheimer de 56 lits et l'humanisation du bâtiment Javouhey sont prévus. La future unité Alzheimer est au stade de l'avant projet définitif. Ce projet n'augmentera pas la capacité d'accueil de l'EHPAD. L'humanisation du bâtiment Javouhey consistera en la suppression des chambres à deux lits en chambre à un lit.

### **2.1.3 Le choix de l'accueil de jour à l'hôpital local de Brie-Comte-Robert**

L'hôpital local de Brie-Comte-Robert est un hôpital à vocation gériatrique. La volonté de créer une alternative à l'institutionnalisation pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés correspond donc à la vocation même de l'établissement. L'hôpital local ayant déjà reçu l'autorisation pour 12 places

d'hébergement temporaire, le choix se reporte donc entre l'hôpital de jour et l'accueil de jour.

L'hôpital de jour est vite écarté car l'établissement ne dispose pas de praticien hospitalier et est confronté à de réelles difficultés de recrutement pour ce type de personnel. De plus, si le développement des places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés figure parmi les objectifs du plan Alzheimer 2004-2007, ce n'est pas le cas des hôpitaux de jour. Le choix de l'accueil de jour est donc apparu plus pertinent.

Deux pièces dédiées à l'accueil de jour sont prévues au sein même de la future unité Alzheimer<sup>48</sup>. Cette unité spécialisée au stade de l'avant projet définitif sera composée de 4 lieux de vie de 14 chambres. Elle présentera une architecture adaptée à l'accueil de ces personnes<sup>49</sup>. L'accueil de jour sera situé au cœur de cette unité. Les personnes en bénéficiant pourront donc profiter de locaux neufs, sécurisés et adaptés à leurs besoins.

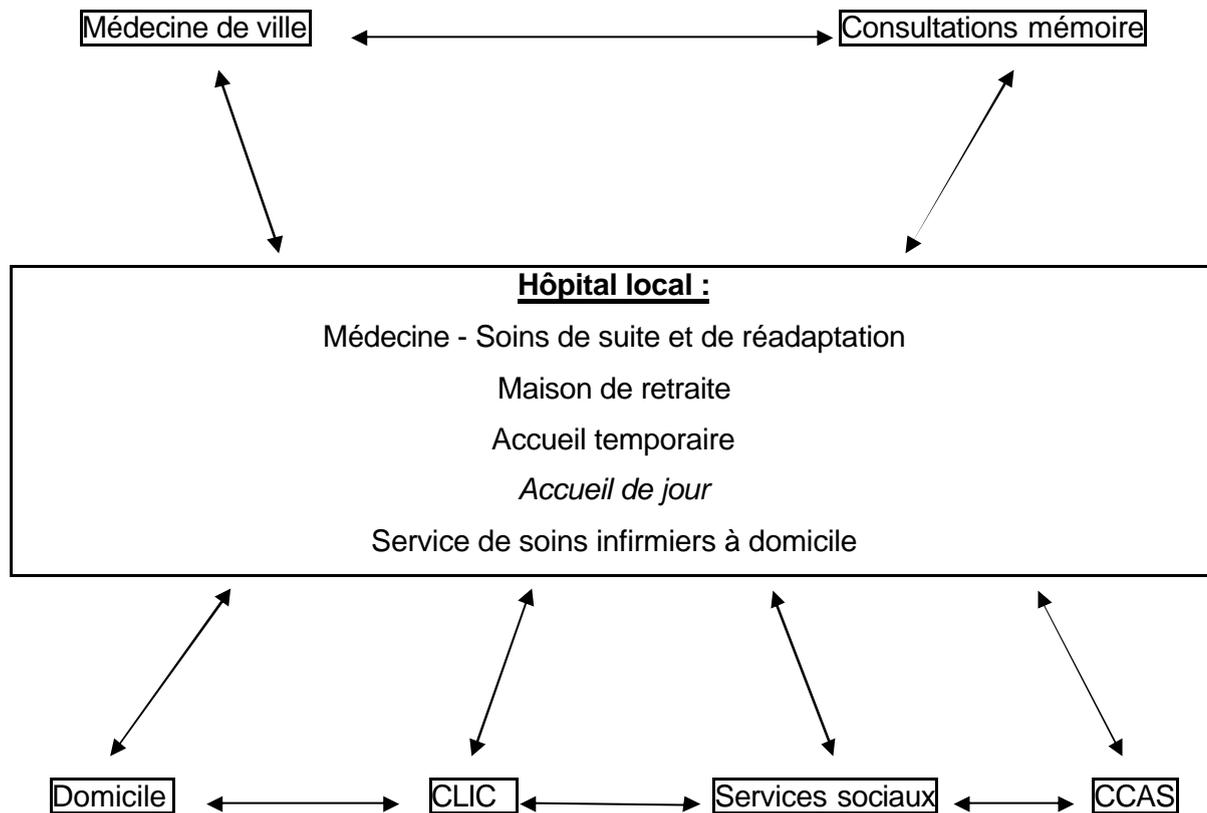
Ainsi, avec la création de 8 places d'accueil de jour (nombre établi à partir des préconisations issues de la circulaire du 16 avril 2002), l'hôpital local disposera d'une offre globale et adaptée à la prise en charge des personnes âgées.

L'intégration de l'accueil de jour dans une structure favorise la complémentarité de compétences multiples afin d'optimiser la prise en charge des personnes accueillies. De plus, cette alternative à l'institutionnalisation ouvrira l'établissement vers l'extérieur et l'ancrera plus fortement dans une filière de prise en charge du sujet âgé.

---

<sup>48</sup> La circulaire du 30 mars 2005 impose que les accueils de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés aient un lieu consacré à cet accueil.

<sup>49</sup> Annexe III



L'ensemble de ces prestations permettra donc à l'hôpital local de devenir une structure de référence pour une prise en charge des personnes âgées dans le département.

## 2.2 La réponse à un besoin local

### 2.2.1 Des besoins existants dans un département jeune

La Seine-et-Marne est un département contrasté et difficile à classer. Il a longtemps été perçu comme un département agricole et touristique. Cette image traditionnelle est maintenant doublée par son caractère dynamique et sa jeunesse. Sur le plan de la superficie, il représente 49% de la surface de l'Île-de-France et 1,08% de celle de la France. Aucune ville du département n'a plus de 50 000 habitants. La Seine-et-Marne a connu la plus forte augmentation démographique entre 1990 et 1999. Rapportée aux personnes de plus de 60 ans, cette augmentation est de 19%. 9,6% de la population a entre 60 et 74 ans. Ce chiffre est inférieur de 29,5% à celui de la France. C'est le pourcentage le plus bas des départements franciliens. Le pourcentage des plus de 75 ans

est de 5%. Là aussi, il est inférieur à la moyenne nationale à hauteur de 35%<sup>50</sup>. Les projections INSEE 2004 font apparaître que seul le département de la Seine-et-Marne a vu sa population des plus de 75 ans baisser. Les plus de 85 ans baissent globalement et massivement. Cependant, on dénombrait, en 2004, 1 253 637 personnes de plus de 60 ans dans le département. De plus, selon une exploitation de l'enquête HID<sup>51</sup>, une hausse de 88% du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans ou plus est à prévoir pour les départements de la grande couronne et donc pour la Seine-et-Marne. Cette hausse a été modérée jusqu'en 2005 mais s'accélénera par la suite avec près de 30 000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus supplémentaires en trente ans.

Au 31 décembre 2005, il y avait, dans le département, 7 759 lits d'EHPAD représentant un ratio de 130,66 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans. Le nombre de bénéficiaires de l'APA a connu une augmentation progressive pour passer de 46% en janvier 2004 à 48,24% en janvier 2005. La répartition des GIR, par niveau, à domicile est la suivante :

- GIR1 : 3,6%
- GIR 2 : 27,2%
- GIR 3 : 23,3%
- GIR 4 : 45,8%.

Le recensement de 1999 (en l'absence de données plus récentes) indique que le canton de Brie-Comte-Robert a une population de 37 168 habitants. 11% de cette population regroupant 12 communes a plus de 60 ans.

---

<sup>50</sup> Ces données sont issues de l'INSEE et du projet de schéma gérontologique départemental de la Seine-et-Marne.

<sup>51</sup> INSEE-enquêtes HID 1998 et 1999 et projections démographiques 2003, BONTOUT O, COLIN C., KERJOSSE R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *DREES, Etudes et résultats*, Février 2002, n°160, exploitation du scénario par l'ORS Ile-de-France

## Evolution de la population de plus de 75 ans<sup>52</sup>

Cantons	Plus de 75 ans en 1999	Plus de 75 ans en 2007
Brie-Comte-Robert	1450	3530
Tournan	1140	2215
Melun Nord	580	1550
Pontaut-Combault	1285	2500
Créteil	3270	7770

Le canton de Brie-Comte-Robert va donc connaître une évolution démographique de plus de 240% pour les personnes de plus de 75 ans. Par voie de conséquence, il y aura une augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. En se basant sur ces données démographiques, il y aurait, sur le canton de Brie-Comte-Robert, 628 personnes<sup>53</sup> atteintes de cette maladie avec 134 nouveaux cas<sup>54</sup> par an.

J'ai mené une enquête<sup>55</sup> auprès de 29 médecins généralistes libéraux du canton de Brie-Comte-Robert afin de connaître les besoins locaux en dehors des estimations basées sur les évolutions démographiques. Le choix du canton est simple : c'est la zone d'attractivité de l'hôpital local comme l'atteste les provenances géographiques des patients et des résidents. De plus un accueil de jour draine une population proche géographiquement en raison notamment du transport. Huit médecins ont répondu au questionnaire représentant un taux de réponse de 27,5%. Cinq des huit médecins ayant répondu ont fait part de la présence dans leur patientelle de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : 15 personnes. 62,5% des médecins ayant répondu déclarent donc avoir des patients atteints de cette maladie neuro-dégénérative. On peut alors estimer que, sur le canton de Brie-Comte-Robert, 54 personnes seraient atteintes de ce trouble au regard de cette enquête qui ne prend pas en compte les personnes non encore diagnostiquées.

---

<sup>52</sup> Comparatif établi à partir du recensement de 1999 car les données issues du nouveau recensement ne sont pas encore disponibles pour certains cantons.

<sup>53</sup> La prévalence c'est-à-dire le nombre de malades sur une zone déterminée représente 17,8% des 75 ans et plus pour la maladie d'Alzheimer.

<sup>54</sup> L'incidence c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas par an représente 3,8% des 75 ans et plus pour la maladie d'Alzheimer.

<sup>55</sup> Annexe IV

Enfin, des demandes non formalisées auprès de notre service d'admission ont été formulées à propos de la présence d'un accueil de jour dans notre établissement montrant ainsi un intérêt de la population pour ce type d'accueil.

## **2.2.2 L'absence d'offre répondant à ce besoin**

Une étude générale de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) souligne à propos de l'offre de soins dans le département qu'elle est inférieure de 30% à la moyenne nationale. En 2003, 1021 médecins généralistes libéraux exerçaient dans le département<sup>56</sup>. La densité de ces praticiens est inférieure à la moyenne nationale, constatation que l'on peut reproduire notamment pour les neurologues libéraux.

Il a été recensé dans le département pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés<sup>57</sup> :

- 7 lieux de diagnostic et de suivi thérapeutique
- 3 lieux d'information ou de coordination gériatrique
- 77 services d'aide ou de soins infirmiers à domicile
- 6 accueils de jour
- 4 dispositifs d'aides aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, aux aidants familiaux, bénévoles et professionnels.

Il existe donc très peu d'accueils de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, ce d'autant plus que le département de la Seine-et-Marne a une grande superficie.

De plus, il n'y a pas actuellement d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sur le canton de Brie-Comte-Robert. Les autres structures assurant ce type d'accueil spécialisé, structures majoritairement privées, sont assez éloignées de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert.

Cette inadéquation entre l'offre et le besoin (j'utilise ce terme car la demande n'est pas toujours expressément formulée par les aidants en raison d'un sentiment de culpabilité) a retenu l'attention des décideurs locaux et plus particulièrement du conseil général de la Seine-et-Marne au travers de son schéma gériatrique. Les orientations de ce schéma se déclinent autour de 5 grands axes :

- renforcer le soutien à domicile et développer l'emploi durable et qualifié
- structurer, renforcer et optimiser la coordination des actions et des intervenants
- promouvoir la bientraitance

---

<sup>56</sup> Projet de schéma gériatrique départemental de la Seine-et-Marne.

<sup>57</sup> Fondation Médéric Alzheimer, Annuaire national, 2005.

- optimiser l'accueil en établissement
- favoriser la prévention et la promotion de la santé.

Afin de renforcer le maintien à domicile, ce schéma va proposer différents modes d'accompagnement pour les familles et les aidants naturels afin de garantir une aide efficace et bénéfique pour la personne âgée. Il considère à ce titre que la famille et les aidants naturels constituent un maillon important du soutien à domicile. Il prévoit de développer les informations sur les alternatives possibles pour la prise en charge quotidienne par ces personnes (accueil de jour, accueil temporaire) notamment par le biais des CLIC.

Alors même qu'un accueil de jour participe au maintien à domicile de la personne dans les meilleures conditions possibles, la promotion des modes d'accueils alternatifs constitue une action de l'axe intitulé optimiser l'accueil en établissement. Cette perception est fréquente car un accueil de jour est souvent voire toujours rattaché à une structure.

Enfin, le schéma gérontologique départemental note la carence des modes d'accueil alternatifs type accueil de jour ou accueil temporaire. Il prévoit que les promoteurs de projet devront intégrer la problématique des transports de ces personnes. Le résultat escompté est la création d'alternatives à l'institutionnalisation répondant aux besoins. L'évaluation portera notamment sur le taux d'activité des accueils créés.

## **2.3 Une ouverture vers l'extérieur de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert**

### **2.3.1 L'ancrage de l'hôpital local dans une filière de prise en charge du sujet âgé**

La circulaire du 16 avril 2002 dispose : « L'accueil de jour doit travailler en articulation étroite avec une consultation mémoire. [...] Il doit s'intégrer dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne en concertation avec l'ensemble des professionnels. »

La circulaire du 30 mars 2005 reprend ces principes de fonctionnement et inscrit l'accueil de jour dans une filière de soins : « L'accueil de jour travaille en collaboration avec les structures de soutien à domicile [...] et les professionnels libéraux.

La circulaire du 16 avril 2002 parle de réseau alors que la circulaire du 30 mars 2005 parle de filière de soins. Le réseau est : « une organisation volontaire de professionnels, pouvant inclure des bénévoles, qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources, pour développer des actions d'information, d'aides et de soins, de prévention destinées à

résoudre des situations complexes ou urgentes, identifiées comme prioritaires sur un territoire selon les critères élaborés au préalable en concertation<sup>58</sup>. » Il s'agit d'une collaboration d'organismes divers sur une question précise. La filière est : « une trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un réseau ou un ensemble intégré ; cette trajectoire est légitimée, soit par l'état des connaissances scientifiques, soit par l'expérience professionnelle, soit par des logiques tarifaires ou réglementaires. [...] La logique de filière est essentiellement une logique de financeur, qui recherche l'efficacité au meilleur coût, sur la base d'un standard de référence<sup>59</sup>. » Donc, ces deux types de collaboration se complètent plutôt qu'elles ne s'opposent.

On comprend l'intérêt d'un travail en réseau et de la mise en place d'une filière de prise en charge pour les patients atteints de troubles démentiels type Alzheimer car cela permet d'éviter des hospitalisations ou des institutionnalisations non préparées et donc des coûts non justifiés.

De plus, si cette inscription dans une filière de prise en charge est recommandée, elle est nécessaire et bénéfique au bon fonctionnement d'un accueil de jour et à l'image de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert. En effet, un accueil de jour aura un faible taux d'occupation s'il fonctionne en autarcie. De plus, la connaissance de l'accueil de jour dépend essentiellement des collaborations mises en place.

Dans le cadre du projet de l'hôpital local, j'ai donc contacté des structures hospitalières disposant d'une consultation mémoire. Des accords de principe prévoyant l'élaboration d'une convention de partenariat ont été formulés. Ces accords étaient nécessaires à la constitution du dossier d'autorisation afin de montrer la volonté de l'hôpital local de travailler en collaboration avec d'autres établissements. Ces accords ont pour objectifs :

- pour l'hôpital local de Brie-Comte-Robert

Préalablement à l'admission à l'accueil de jour, les personnes devront apporter le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Un partenariat avec une consultation mémoire permettra de diriger les patients vers elle en ayant un accès prioritaire (actuellement, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous est en moyenne de plus de 2 mois). De plus, en sens inverse, les patients se rendant à la consultation mémoire pourront voir se proposer l'accueil de jour de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert.

---

<sup>58</sup> FROSSARD M., professeur de sciences économiques, directeur du centre pluridisciplinaire de gérontologie et du laboratoire interuniversitaire de gérontologie, université de Grenoble. Coordination, intégration, réseaux de services, enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées. *Gérontologie et société*. Mars 2002, n°100, pp.35-48.

<sup>59</sup> idem

- pour la consultation mémoire

Elle pourra recevoir des patients supplémentaires et orienter les patients déjà diagnostiqués vers l'accueil de jour de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert.

Cette collaboration est donc profitable pour les deux établissements.

Je n'ai pas eu de réelle difficulté à obtenir un accord de principe de la consultation mémoire du centre hospitalier de Melun. En effet, l'hôpital local travaillait déjà en collaboration avec cet établissement notamment pour les admissions en SSR. J'ai souhaité avoir un partenariat avec une autre consultation mémoire afin que les patients aient un choix. Toutefois, il faut souligner que la personne et sa famille pourront se diriger vers toute autre consultation mémoire si elles le désirent. J'ai opté pour le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) le plus proche de Brie-Comte-Robert car il ne faut pas oublier que l'accueil de jour est une offre de proximité. J'ai pu obtenir un accord de principe du CHU de Créteil, situé dans un autre département<sup>60</sup>. De nombreux contacts ont été nécessaires. C'est ici que le Directeur d'établissement a son rôle à jouer car porteur du projet c'est à lui de s'investir personnellement pour trouver des partenaires.

Les consultations mémoire doivent travailler en partenariat avec les médecins traitants. Ces professionnels constituent le pivot de la prise en charge des personnes atteintes de troubles démentiels. En effet, ce sont eux qui connaissent le mieux la personne et le contexte familial. Ils assureront également le suivi du patient. Il est donc important de ne pas les oublier. Il est alors judicieux de les informer de l'existence de l'accueil de jour au moyen d'une invitation à la journée portes ouvertes et d'une plaquette d'information. De plus, l'hôpital local fonctionne grâce aux médecins de ville. C'est cette intervention du médecin traitant qui permet le maintien du lien ville/hôpital.

En constituant un réseau de soins formels pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec les professionnels du secteur, l'hôpital local contribue au maintien à domicile et renforce son image d'établissement de proximité. Grâce à l'accueil de jour, l'hôpital local constituera donc un maillon important dans la coordination gériatrique.

---

<sup>60</sup> Le département de la Seine-et-Marne ne dispose pas de CHU pourtant fortement souhaité par les élus locaux.

### **2.3.2 Une connaissance de l'offre dispensée par l'hôpital local de Brie-comte-Robert**

Contrairement au SSIAD qui est un service de l'établissement se déplaçant, les personnes admises à l'accueil de jour se rendront à l'hôpital pour la journée. La famille et la personne elle-même pourront donc connaître l'offre dispensée par la structure. Elles pourront informer les personnes de leur entourage : proches, amis, connaissances de l'existence des différents services de l'hôpital local.

De plus, l'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sera situé au sein même de l'unité Alzheimer. Ainsi, la famille et plus particulièrement l'aidant (car des groupes de paroles seront mis en place avec l'association France Alzheimer) pourront connaître la prise en charge spécifique dispensée par cette unité. La personne accueillie aura aussi ses repères dans cette unité ce qui est important dans la prise en charge de ce type de pathologie. Le personnel la connaîtra également car certaines activités seront réalisées avec des résidents de l'unité. L'institutionnalisation sera donc mieux préparée et la prise en charge plus individualisée et adaptée à la personne. L'accueil de jour constituera donc une préparation à l'institutionnalisation.

En connaissant ces éléments, la famille souhaitera probablement que son parent soit hébergé par la suite au sein de cette unité. Les aidants que j'ai pu interroger ont confirmé cette idée. Bon nombre d'entre eux ont fait une demande d'admission d'hébergement complet dans la structure accueillant leur parent en accueil de jour. La littérature en la matière conforte ce désir des familles. Ainsi en créant une alternative à l'institutionnalisation, l'hôpital local œuvre pour son EHPAD.

Si 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 Brie-Comte-Robert revêt un intérêt certain : réponse à un besoin local, renforcement du rôle de l'hôpital local dans la filière gériatrique ; des dispositions offrant des garanties de satisfaction et de bon fonctionnement doivent être prises.

### **3 UN PROJET DEVANT OFFRIR DES GARANTIES DE SATISFACTION ET DE BON FONCTIONNEMENT**

L'analyse de données issues du terrain a permis de dégager les points importants dans la réalisation d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés : un réel projet de service, un prix de journée correct et la mise en place d'une démarche de communication.

#### **3.1 Recueil de données**

##### **3.1.1 Les aidants naturels**

L'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés constitue une structure de répit pour les aidants. J'ai donc interrogé des aidants dont le parent ou le conjoint (ce qui était souvent le cas) bénéficie d'un accueil de jour. Si le patient accueilli doit être au cœur du dispositif, il apparaît difficile au regard de la nature même de cette maladie (évolutive) de s'entretenir avec lui. De plus, les personnes accueillies en accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sont souvent à un stade avancé de la maladie. Je n'ai malheureusement pas pu recueillir les souhaits de personnes atteintes de ce type de trouble démentiel à un stade débutant faute de temps. Cela peut apparaître préjudiciable d'autant plus que les aidants ont souvent un jugement subjectif en raison de leur lien privilégié avec la personne malade.

J'ai donc élaboré un questionnaire<sup>61</sup>. Le choix de cet outil s'est imposé en raison du manque de temps des aidants. S'ils n'étaient pas opposés à me renseigner sur de nombreux points, en revanche ils ne pouvaient me consacrer que très peu de temps. Le choix s'est donc porté sur un questionnaire envoyé à ces personnes par courrier ou par mail pour certains. Ce manque de temps est compréhensible car ces personnes consacrent en moyenne 57H par semaine en début de maladie pour prendre en charge leur proche pour terminer à 89H par semaine après quelques années<sup>62</sup>.

J'ai pu recueillir également des renseignements au cours de réunions organisées par l'association France Alzheimer et par d'autres établissements disposant de ce type d'alternative.

---

<sup>61</sup> Annexe V

<sup>62</sup> ANDRIEU S. Les aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : une population à risque. *La revue du praticien*, 15 novembre 2005, pp.1908-1909.

Je précise, dans un premier temps, que tous les aidants ont insisté sur leur souhait de maintenir leur proche à domicile. Ils ont également tous évoqué le soulagement et les moments de répit qu'apporte l'accueil de jour. Enfin, tous ont argué le fait que l'accueil de jour permet à leur proche de se resocialiser.

La connaissance de l'existence d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et des ses spécificités de prise en charge est souvent le fait des services sociaux, du médecin traitant ou d'une association. Cependant, il faut noter que certains aidants reprochent au médecin traitant ou au neurologue ayant diagnostiqué le trouble leur incapacité à donner des renseignements d'ordre pratique. Ils constatent souvent aussi le manque de liens entre les différents intervenants : neurologue, médecin traitant, infirmière, aide à domicile. Ces acteurs ne font pas de « bilan commun »<sup>63</sup> de la situation de leur proche.

La compétence et la disponibilité du personnel de l'accueil de jour sont des éléments toujours évoqués par les aidants. Ils ont été majoritaires à me dire qu'ils avaient une forte appréhension quant à l'admission de leur proche en accueil de jour ; appréhension qui a été levée grâce à « l'humanité, la compétence, la compréhension, la bonne humeur et la sollicitude du personnel auprès des patients et de leur famille »<sup>64</sup>. La nécessité d'une formation tant professionnelle que relationnelle du personnel a souvent été jugée indispensable par les aidants. Ils ont aussi fait remarquer que le changement du personnel de l'accueil de jour est préjudiciable car leur proche ne reconnaît plus la personne qui les accueille et souvent ne désire plus revenir à l'accueil de jour. Un aidant a d'ailleurs précisé : « malgré la maladie ma femme s'est toujours rappelée de la personne qui l'accueillait ». On retrouve ici la notion de repère qui est extrêmement importante dans ce type de pathologie.

Les réunions organisées par le personnel de l'accueil de jour à destination de la famille sont fortement appréciées. Il en est de même des fiches de liaison permettant de faire un compte rendu des activités menées à l'accueil de jour. Ce sont d'ailleurs ces activités, ces animations, ces stimulations qui participent pleinement à la resocialisation de ces patients. L'information et le besoin d'écoute des aidants apparaissent comme des points à ne pas négliger.

Enfin, la problématique du transport a été évoquée. Pour la majorité des aidants interrogés, l'existence d'un transport est un élément incitatif. Seul un aidant ne voulait pas en bénéficier afin de moduler l'arrivée de son proche à l'accueil de jour et de rester en

---

<sup>63</sup> Termes utilisés par des aidants

<sup>64</sup> Idem

contact fréquent avec le personnel soignant. Cependant, il m'a fait remarquer qu'il avait arrêté de travailler et que ces trajets représentaient tout de même une contrainte.

### 3.1.2 Les professionnels de santé

J'ai mené des entretiens directifs<sup>65</sup> auprès des personnels exerçant en accueil de jour au cours des visites effectuées dans d'autres établissements. Le personnel interrogé était constitué essentiellement d'AMP et d'aides soignantes. J'ai également recueilli des informations au cours de réunions que j'ai animées. Le personnel de l'établissement participant à ces réunions était composé de médecins, de cadres de santé et de la personne responsable des admissions.

Dans un premier temps, j'ai pu constater que toutes les personnes interrogées ont choisi d'exercer leur métier en accueil de jour. Si certaines n'avaient pas de formation initiale correspondant à ce type de prise en charge, elles ont cependant suivi des formations par la suite afin de comprendre cette pathologie.

Une commission d'admission toujours composée d'un psychologue et du personnel de l'accueil de jour est mise en place dans les structures que j'ai pu visiter. Le personnel interrogé a précisé que l'étape de la pré-admission est essentielle. Elle leur permet de connaître l'histoire de la personne afin de procéder à une réelle prise en charge individualisée. Cela permet également de détecter les personnes qui ne pourront pas s'adapter à ce type d'accueil : forte peur de ne pas rentrer chez soi le soir, une trop grande agressivité incompatible avec une vie en collectivité par exemple. Cette étape consiste en une visite de l'accueil de jour et en une rencontre du patient avec la responsable de l'accueil de jour accompagnée du psychologue et éventuellement du directeur ou du médecin de l'EHPAD.

La prise en charge individualisée se formalise souvent par une fiche individuelle sur chaque personne accueillie ; fiche contenant des informations sur ses préférences notamment. Le maître mot de cette individualisation est l'adaptation. Les activités proposées doivent être évolutives en fonction de l'état ou de l'humeur de la personne accueillie. Il faut proposer des activités qui « accrochent le malade »<sup>66</sup>, des activités qui l'intéressent en ne le poussant jamais à l'échec. Les activités proposées ne seront pas les mêmes si l'accueil de jour est situé en milieu rural ou en milieu urbain. A titre d'exemple,

---

<sup>65</sup> Annexe VI

<sup>66</sup> Propos tenu par un personnel soignant

dans une structure, il proposait des jeux traditionnels du département tel que le jeu de palets<sup>67</sup>.

Le repérage dans le temps et dans l'espace est aussi un élément à prendre en compte. Il se manifeste par la présence d'horloges de grande taille, des calendriers avec de gros chiffres, des couleurs spécifiques par exemple.

L'information et l'éducation des familles sont des points à ne pas oublier. Si c'est le patient qui bénéficie directement de l'accueil de jour, les familles sont concernées indirectement en raison du caractère propre de la maladie et de ses répercussions sur l'entourage : l'accueil de jour est une offre de répit pour les aidants. Il apparaît que les familles sont demandeuses d'informations. Les réponses apportées se matérialisent souvent par des réunions biannuelles menées par l'équipe de l'accueil de jour. Un carnet de liaison est souvent mis en place car cela permet aux familles de connaître les activités que leur proche a pu pratiquer au cours de la journée. Des groupes de parole organisés par des associations sont souvent organisés au sein de la structure.

L'évaluation mise en place est souvent le fait d'un questionnaire annuel envoyé aux familles. Il est aussi fréquent que ce questionnaire ne soit pas spécifique à l'accueil de jour. Cette évaluation « sommaire » est considérée, à juste titre, comme insatisfaisante par le personnel rencontré. Beaucoup émette le souhait d'approfondir ce point afin d'améliorer la prise en charge des personnes accueillies.

Les difficultés rencontrées par le personnel sont souvent liées à des difficultés d'ordre financières : manque de moyen permettant d'avoir un encadrement plus important, absence de transport se reflétant dans le taux d'occupation à titre d'exemple.

Tous ces éléments ont été abordés et confirmés au cours des réunions que j'ai organisées au sein de l'hôpital local. Il s'en est dégagé que l'accueil de jour ne devra constituer en aucune manière une garderie mais un lieu de prise en charge thérapeutique et sociale du malade.

### **3.1.3 Les directeurs d'établissements**

J'ai procédé à des enquêtes auprès de directeurs d'établissements soit au cours des visites que j'ai effectuées soit par téléphone. Ces enquêtes se sont basées sur un document de type questionnaire<sup>68</sup> pour s'ouvrir vers un entretien non formalisé par une grille d'entretien.

---

<sup>67</sup> Jeu vendéen

<sup>68</sup> Annexe VII

Un directeur est soucieux d'une prise en charge de qualité. Cependant il ne peut pas oublier les problèmes liés au financement et au taux d'occupation. Je m'attarderai donc sur ces derniers points.

Tous les directeurs m'ont affirmé qu'un accueil de jour constitue souvent le point noir de l'établissement. Si un établissement public ne peut pas faire de bénéfice, il se doit de pouvoir dégager des excédents notamment pour pouvoir investir par la suite. Or, il apparaît que le fonctionnement d'un accueil de jour ne le permet pas. Un directeur m'a même dit que s'il était dans le privé, il n'aurait jamais porté un tel projet alors même qu'il a un taux d'occupation de 80%. En revanche, il considère que ce type d'alternative constitue une image de marque intéressante pour l'établissement.

Les difficultés de gestion sont liées au faible taux d'occupation des accueils de jour. En effet, la majorité d'entre eux ont un taux d'occupation inférieur à 60%. Plusieurs raisons ont été dégagées par les directeurs que j'ai rencontrés ou contactés : l'absence de transport, le prix restant à la charge des familles, l'absence de mutualisation de moyens humains ou une communication déficiente.

Le transport n'est pas remboursé par l'assurance maladie. De plus, il apparaît que le transport n'est pas inclus dans le plan d'aide à domicile dans de nombreux départements. Il existe souvent une incompréhension de ces professionnels car les transports organisés pour les Instituts Médico-Educatifs (IME) et les Centres d'Aide par le Travail (CAT) sont pris en charge par l'assurance maladie. L'absence de transport apparaît constituer un frein pour le bon fonctionnement d'un accueil de jour. L'existence d'un transport permet à l'aidant de poursuivre son activité professionnelle par exemple. Mais, l'organisation d'un transport n'est pas sans frais pour l'établissement et aura une répercussion sur le prix de journée de l'accueil de jour. Un des établissements que j'ai visité travaille avec une société d'ambulance afin d'éviter les écueils liés au personnel et à l'entretien du véhicule. Cela représente un coût de 2500€ par mois ; coût non négligeable. Certains établissements ont passé des accords avec des associations qui offrent des prix avantageux. Préoccupation importante des directeurs, la problématique du transport doit donc être intégrée dans tout projet, problématique souvent insoluble en raison de sa non prise en charge soit au niveau de l'assurance maladie soit au niveau des départements.

Si le transport est souvent le premier élément invoqué par les directeurs, les modalités de financement sont souvent montrées du doigt. La circulaire du 16 avril 2002 a permis un financement des accueils de jour par l'assurance maladie via un forfait soins et par le conseil général au moyen d'un forfait dépendance (pouvant être financé en partie par l'APA à domicile) et un forfait « hébergement » restant à la charge de l'utilisateur. Il ressort des entretiens que l'aide pouvant être apportée par l'APA est insuffisante et inégale entre les différents départements. Certains départements appliquent un pourcentage maximum du montant total de l'APA à domicile versée à la personne ce qui

correspond à tant de jour d'accueil de jour, d'autres appliquent un pourcentage du montant du forfait dépendance facturé par l'établissement. Ces montants sont souvent insuffisants faisait remarquer un directeur car finalement seuls le repas du soir et l'hébergement font la différence avec un accueil à temps complet en EHPAD. En effet, le pourcentage appliqué correspond à 40% en moyenne du forfait dépendance alors qu'il devrait être de l'ordre de 60-70% pour constituer un « financement rentable » selon ce même directeur.

Tous les directeurs considèrent qu'un accueil de jour non appuyé sur une unité spécialisée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ne peut pas fonctionner à terme. L'avantage de ce rapprochement est la mutualisation des frais et notamment du personnel. Ainsi, on peut minimiser les frais et proposer un prix de journée plus bas. De plus, beaucoup de structures utilisent la pièce consacrée à l'accueil de jour le week-end pour des repas organisés par les familles des résidents. Dans cette logique de mutualisation, il m'a souvent été rapporté qu'il faut toujours prévoir des pièces permettant l'évolution de la structure. L'agencement des pièces est un élément à ne pas négliger car cela permet à la structure de perdurer.

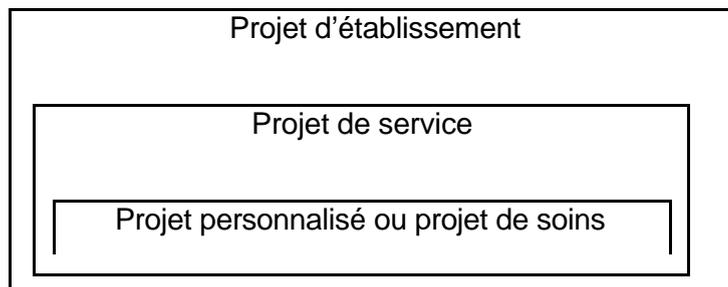
Le faible taux d'occupation peut aussi résulter, selon les propos tenus par les directeurs, d'une communication autour de l'accueil de jour déficiente et/ou de l'offre en elle-même. Les éléments apportés par ces professionnels pour y remédier sont souvent les mêmes : une plaquette d'information distribuée à la mairie, au conseil général, au médecins généralistes (avec toujours l'idée selon laquelle ce sont les pivots de la prise en charge de cette maladie), et les pharmaciens. Le site internet de l'établissement doit aussi présenter l'accueil de jour. De même, une journée portes ouvertes a souvent été évoquée. Quant à l'offre, elle doit pouvoir être évolutive : adaptation des jours d'ouverture (le week-end ?) et des horaires d'ouverture (plus tard le soir ?). Cependant, les directeurs faisaient remarquer que la gestion du personnel deviendrait dans ce cas précis difficile et le coût serait plus élevé.

## **3.2 Un projet de service mis en œuvre par un personnel qualifié**

### **3.2.1 La présence d'un véritable projet de service**

La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure le projet d'établissement ou de service dans les établissements médico-sociaux. L'article L.311-8 du CSP dispose : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

Les différents projets : projet d'établissement, projet de service, projet personnalisé ou projet de soins s'articulent les uns par rapport aux autres du plus simple au plus complexe :



La réalisation d'un projet de service pour l'accueil de jour est une obligation au regard de la Loi mais constitue aussi une garantie de droit pour la personne accueillie. En effet, l'organisation est au service de l'intérêt de l'utilisateur et de sa famille.

Le projet d'établissement de l'hôpital local ne prévoyait pas la création de huit places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. En revanche, un chapitre était consacré au maintien à domicile ce qui correspond à l'objectif de l'accueil de jour. Soucieux de répondre aux besoins des personnes accueillies et de leur famille ainsi qu'aux exigences réglementaires, un projet de service a été élaboré. Acteur de la mise en œuvre du projet de service, le personnel soignant a été partie prenante à son élaboration.

Deux axes prioritaires ont été dégagés :

- optimiser la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés
- accompagner les familles pour faciliter le maintien à domicile des personnes accueillies.

Pour optimiser la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, trois items auxquels sont associés des moyens de mise en œuvre ont été dégagés :

- ✓ 1er item : assurer le libre choix et l'expression du consentement de la personne

Moyens d'action :

- procédure d'admission adaptée par la découverte du site et la rencontre avec l'équipe soignante ; équipe qui sera formée à l'accueil de ces personnes et de leurs familles
- accompagnement de la famille dans sa démarche de prise en charge de son proche.

- ✓ 2<sup>ème</sup> item : assurer une prise en charge répondant aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés

Moyens d'action :

- formation du personnel pour une meilleure connaissance de la maladie
- éducation des soignants sur un comportement approprié à acquérir, sur les méthodes de prise en charge et sur les moyens d'améliorer le quotidien de chacun
- projet de vie individualisé se manifestant par :
  - ❖ la constitution du dossier de soins
  - ❖ l'accompagnement du projet médical
  - ❖ une étude des besoins liés à cette prise en charge sur quelques heures par jour
  - ❖ l'établissement d'un planning d'activités adaptées
  - ❖ l'organisation des actes de la vie quotidienne
  - ❖ le maintien des fonctions cognitives par l'organisation d'ateliers tels que cuisine thérapeutique, lecture ou jeux de société
  - ❖ la constitution d'un bilan individualisé lors de réunions mensuelles de l'équipe pour une éventuelle évolution dans la prise en charge ; bilan permettant d'avoir un suivi de la personne.

- ✓ 3<sup>ème</sup> item : assurer la liberté d'aller et venir

Moyens d'action :

- environnement adapté et sécurisé avec à titre d'exemple les jardins clos
- orientation dans le temps et l'espace favorisée
- prévention des chutes par une étude des repères à fournir et à mettre en place.

Pour accompagner les familles afin de faciliter le maintien à domicile des personnes accueillies, deux items auxquels sont associés des moyens de mise en œuvre ont été dégagés.

- ✓ 1<sup>er</sup> item : assurer un accueil des familles permettant d'établir une relation de confiance avec elles.

Moyens d'action :

- lors de la pré-admission, prendre connaissance de l'histoire de vie de la personne afin de mieux la connaître et d'établir avec elle et sa famille un contact efficace, personnalisé et adapté
- permettre une information et une éducation des familles par le personnel :
  - ❖ informations sur les différentes aides dont leur proche peut bénéficier

- ❖ informations d'ordre juridique : désignation d'une personne de confiance, information sur l'existence de protections juridiques
  - ❖ éducation sur les gestes quotidiens à retenir, le potentiel de leur proche, la relation et la communication pouvant être menée avec leur proche
  - mise en place d'une réelle communication avec la famille par la disponibilité du personnel soignant, l'information des activités menées à l'accueil de jour et la mise en place de groupes de parole avec les familles.
- ✓ 2<sup>ème</sup> item : intégration de l'accueil de jour dans un réseau de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

#### Moyens d'action :

- fiche de renseignement établie au moment de l'admission pour connaître les professionnels s'occupant de la personne accueillie
- convention avec une consultation mémoire
- constitution d'un carnet de liaison individualisé pouvant être remis au médecin traitant, à la consultation mémoire et à la famille.

Ce projet de service s'est inspiré de la charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie.

### **3.2.2 Le recrutement d'un personnel qualifié**

La vie du projet de service va dépendre du personnel recruté. Avant toute chose, il s'agit de répondre à trois questions : combien, quelle qualification et quel suivi ? La qualité du projet sera fonction des réponses apportées à ces trois questions.

Les personnes accueillies pourront bénéficier du personnel de l'unité Alzheimer en raison même de la situation des deux pièces les accueillant : au cœur de l'unité. Cette mutualisation est importante car elle peut (mais ce n'est pas souhaitable à terme en raison des conséquences de cette pathologie souvent épuisantes) venir combler le possible déficit d'encadrement.

Il s'agit d'accueillir des malades et de les aider avec compétence ce qui justifie la participation de l'assurance maladie. Un personnel spécifique et dédié à l'accueil de jour est essentiel. La présence d'un temps d'infirmière est nécessaire. Ce professionnel doit être entouré de personnes certes moins qualifiées mais devant être formées à une prise en charge spécifique. Le choix s'est porté sur des AMP. Formé à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et plus particulièrement démentes, ce profil professionnel est adapté à la population admise en accueil de jour pour personnes atteintes de la

maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. La présence d'un temps de psychologue tant pour le patient et les familles s'avèrent également indispensable. Un temps d'agent des services hospitaliers (ASH) notamment pour les repas et le nettoyage a aussi été souhaité. Enfin, l'emploi d'un agent d'entretien qualifié pour assurer le transport a été prévu.

En fonction du nombre de jours d'ouverture ; 5 jours (du lundi au vendredi) et du nombre d'heures d'ouverture ; 9H-17H soit 8H, il a été calculé le nombre de personnel nécessaire au bon fonctionnement de l'accueil de jour. Le résultat obtenu s'est avéré irréalisable au regard des financements accordés par l'assurance maladie : 22,87€ par jour et par place<sup>69</sup>. Depuis 2002, il n'y a eu aucune revalorisation de ce financement. Le désir de recruter du personnel qualifié est donc freiné. En effet, à titre d'exemple, les AMP sont financées pour 70% par l'assurance maladie et pour 30% par l'APA à domicile. En conséquence, le projet a fait l'impasse sur le psychologue et a diminué le nombre d'AMP pour augmenter le temps d'ASH. Non seulement la prise en charge sera moins performante mais les familles devront payer plus.

Ainsi le nombre de création nette d'emploi devient :

Types de qualifications du personnel	Rémunérations
0,25 IDE	9300
2 AMP	64600
1 ASH	26000
0,5 AEQ	14100

La répartition du personnel et son coût sont joints en annexe VIII.

Pour huit personnes accueillies, cela fait un ratio de 0,46. Ce ratio est faible comparé au milieu du handicap. Cependant, il est comparable aux autres accueils de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés.

Il est prévu, dans le plan pluriannuel de formation, une formation spécifique à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

---

<sup>69</sup> Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n°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.

### 3.2.3 Une démarche d'évaluation effective

L'ajustement régulier du projet de service est nécessaire. Il doit être en constante adéquation avec la mission confiée et le public accueilli. L'évaluation, obligatoire dans un projet de service, permet ces ajustements. L'évaluation est indispensable pour :

- améliorer la qualité du service
- optimiser l'utilisation des moyens
- procéder à des comparaisons.

J'ai eu l'occasion de voir comment une entreprise de distribution alimentaire procédait pour évaluer son activité. Je me suis inspirée de leurs pratiques en les adaptant au secteur médico-social. J'ai aussi utilisé les outils traditionnels déjà exploités dans le milieu sanitaire et médico-social.

Des indicateurs d'évaluation permettront de connaître les apports et de mesurer la pertinence de l'accueil de jour parmi l'ensemble des différentes possibilités de soins et d'aides dispensées à domicile pour ces malades. Les indicateurs de l'évaluation portant sur la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer prendront la forme :

- d'outils d'évaluation clinique des fonctions cognitives
- d'une grille de mesure des soins infirmiers et d'écrits dans le dossier de suivi gériatrique.

Une évaluation de l'activité sera établie au moyen d'une fiche de présence :

Jour :

Service	Places	Présents
Accueil de jour	8	Nom de la personne

On comptabilise sur le mois pour établir des statistiques de taux d'occupation. La personne responsable de l'accueil de jour remettra cette fiche aux admissions tous les jours. Pour chaque personne accueillie, il sera établi un tableau récapitulatif sur sa présence. En fonction du taux d'occupation constaté, des conclusions seront tirées afin d'améliorer le service à la personne :

- interrogation sur les modalités de publicité faites de l'accueil de jour
- interrogation sur les horaires d'ouverture de l'accueil de jour
- interrogation sur les jours d'ouverture de l'accueil de jour avec la possibilité d'ouvrir le week-end
- interrogation sur la possibilité de venir par demi-journée
- interrogation sur les activités proposées aux personnes : sont-elles adaptées ?

L'accueil de jour doit donc répondre aux besoins exprimés par la personne et sa famille : c'est la structure qui s'adapte à la personne et non l'inverse. C'est la condition d'une réussite tant pour l'établissement que pour la personne et sa famille.

Une enquête de satisfaction annuelle sera menée auprès des familles afin d'améliorer la qualité du service<sup>70</sup>. L'analyse de l'enquête sera faite au moyen d'un tableau récapitulatif. Les conclusions issues de cette enquête permettront de dégager les points forts de l'accueil de jour et de trouver des solutions aux points faibles.

A partir des feuilles d'évènements indésirables, un graphique mensuel de suivi des réclamations sera mis en place avec l'établissement d'une moyenne annuelle. Il sera complété par un autre graphique portant sur les motifs des réclamations. Ces éléments permettront de procéder à des aménagements afin de répondre aux besoins et seront abordés pendant les réunions mensuelles de l'équipe de l'accueil de jour. Ces réunions seront découpées en deux temps :

- discussion sur la prise en charge du patient
- discussion autour d'un thème établi par l'équipe.

### **3.3 Le coût : une difficulté pour l'établissement et les familles**

#### **3.3.1 Les modalités de calcul d'un prix de journée devant être attractif**

L'aide dont peut bénéficier la personne accueillie, dans le département de la Seine-et-Marne, est conditionnée par son degré d'autonomie et doit être intégrée dans le plan d'aide. Le conseil général applique alors un pourcentage (différent selon le « girrage ») du montant de l'APA à domicile versée à la personne et détermine alors le nombre de jour dont elle pourra profiter. Ce système constitue un frein à une fréquentation régulière de l'accueil de jour. Il faut donc se baser sur une file active c'est-à-dire le nombre de personnes et de familles aidées au cours de la semaine. A titre d'exemple, avec 25 familles, à raison de 2 venues hebdomadaires en moyenne, il y a 50 journées à assurer soit 10 places par jour pendant 5 jours. Cependant, la file active subit des fluctuations inévitables du fait des hospitalisations ou des entrées en institution (on retrouve cette difficulté pour les SSIAD). Ces éléments sont à prendre en considération lors de l'établissement du budget prévisionnel et du calcul du prix de journée.

Les tarifs sont conditionnés par les frais de fonctionnement et les amortissements. Le financement s'appuie sur deux entrées principales :

- paiement de l'utilisateur avec l'aide de l'APA à domicile s'il a plus de 60 ans

---

<sup>70</sup> Annexe IX

- financement de l'assurance maladie.

Le projet de création de huit places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés va supporter le coût de la construction de l'unité Alzheimer à hauteur de 1,06%. Cette proportion a été établie à partir de la surface des deux pièces dédiées à l'accueil de jour. Cela représente un investissement de 103 880€. Si des subventions et des emprunts issus de la construction de l'unité Alzheimer permettent de financer une partie de ce coût, il a fallu trouver d'autres partenaires et/ou financeurs. Suite à de nombreux contacts, j'ai obtenu des accords de principe pour des subventions provenant du conseil régional de l'Île de France et du Lion's Club Alzheimer. Ces subventions n'étaient pas destinées à financer un bien nettement précisé. Nous avons le choix de les qualifier de « subventions transférables » ou non. Ce type de subvention est rapporté au résultat (comme un produit en atténuation) au rythme des amortissements des biens qu'elle sert à acquérir. Ce mécanisme permet de réduire le prix de journée. Cela peut être intéressant dans la mesure où la somme restant à la charge des familles est souvent élevée. Cependant, l'établissement ne pourra pas reconstituer l'autofinancement dont il aura besoin pour renouveler ses biens le moment venu. En effet, la recette disparaît du fait de la réduction provoquée par le compte 77<sup>71</sup>. Nous n'avons pas opté pour ce type de subvention d'autant plus que lorsque la recette disparaît, les usagers pourront se retrouver face à une forte augmentation du prix de journée.

Il a fallu estimer les prix des différents équipements : fauteuils relax, penderie, chariots de dossiers médicaux notamment. Ces estimations ont été établies sur la base de devis. Le coût d'un repas a aussi été calculé de même que des frais divers comme à titre d'exemple l'essence pour le transport.

Afin de calculer le prix de journée, nous avons mesuré l'impact de l'accueil de jour sur le budget d'exploitation<sup>72</sup>. Le titre 1<sup>73</sup> sera impacté par la création des emplois dédiés à l'accueil de jour. Les personnes apportent leurs médicaments, il y aura donc un faible impact sur le titre 2<sup>74</sup> lié aux petits matériels de soins tels que des pansements. L'accueil de jour aura peu impact sur le titre 3<sup>75</sup> car les équipements sont des investissements. Le titre 4<sup>76</sup> supporte les dotations aux amortissements afférentes à la construction et à l'équipement de l'accueil de jour. Le montant des dotations aux amortissements est

---

<sup>71</sup> Compte d'exploitation relatif aux produits exceptionnels.

<sup>72</sup> Le budget de l'accueil de jour ne fait pas l'objet d'un budget annexe.

<sup>73</sup> Le titre 1 correspond aux charges de personnel.

<sup>74</sup> Le titre 2 correspond aux charges à caractère médical.

<sup>75</sup> Le titre 3 correspond aux charges à caractère hôtelier et général.

<sup>76</sup> Le titre 4 correspond aux amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles.

calculé sur une durée d'amortissement de 30 ans pour la construction et 10 ans pour les équipements.

EMPLOIS		RESSOURCES	
Titre 1	114 000	Produit de la tarification Majoration des tarifs	
Titre 2	368		
Titre 3	12 000		
Titre 4	4 632		
Total	131 000	Total	131 000

Le budget prévisionnel est joint en annexe X.

Ensuite, nous avons calculé le prix de journée. L'accueil de jour sera ouvert 5 jours par semaine sur l'ensemble de l'année (260 jours) avec un taux d'occupation estimé à 85% (taux basé sur un bon fonctionnement de l'accueil de jour). Avec 8 places, 1768 journées seront réalisées.

Ainsi, le prix de journée global (regroupant forfait soins, forfait dépendance et forfait « hébergement ») serait de 74,09€.

La circulaire du 16 Avril 2002 prévoit un financement de l'assurance maladie de 22,87€ par place et par jour pour une ouverture de 300 jours par an. Ce financement s'élèverait donc à 54 888€. En retranchant ce financement de l'assurance maladie, le montant du prix de journée à la charge de la personne s'élèverait à 43,04€. L'APA à domicile peut couvrir une partie de ce coût. Les usagers, en fonction du degré d'autonomie, pourront bénéficier au maximum 16€ par jour d'accueil dans une limite d'un nombre de jour fixé dans le programme d'aide. Cela représente un coût non négligeable qui peut conditionner le taux d'occupation de l'accueil de jour. Cependant, le conseil général considère que le prix de journée d'un accueil de jour doit correspondre aux 2/3 du prix de journée des moins de 60 ans en hébergement complet ce qui est le cas. Toutefois, il faut préciser que nous avons joué sur les différents coûts et sur le taux d'occupation qui

est vraisemblablement trop optimiste pour obtenir un prix de journée correct. Il y aura de toute évidence une négociation au moment du budget d'ouverture de l'accueil de jour avec les autorités de tarification afin de réduire les prix.

### **3.3.2 L'existence d'un transport conditionnant une partie du taux d'occupation**

Les frais de transport des personnes handicapées ne pouvant se déplacer mais se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens peuvent être pris en charge par l'assurance maladie dans certains cas<sup>77</sup>. La prise en charge n'est effectuée que sur présentation d'une prescription médicale et de pièces justificatives. Dans le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, les frais de transport ne sont pas remboursés lorsqu'ils se rendent à l'accueil de jour au contraire de l'hôpital de jour car c'est une structure sanitaire. En tant que directeur d'établissement, il apparaît difficile de comprendre ces différences car si l'accueil de jour pour personnes atteintes de ces troubles ne constitue pas en soi une structure thérapeutique, il fait partie intégrante des soins dispensés à ces malades. De plus, la maladie d'Alzheimer est une ALD depuis le Décret n°2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

La problématique des transports est importante car elle conditionne une partie du taux d'occupation de l'accueil de jour mais aussi son prix de journée. En effet, les conjoints des personnes atteintes de ces troubles sont majoritairement âgés et ne peuvent plus conduire. Ils font donc appel à des compagnies de taxi ce qui coûte cher et donc limite la fréquentation de l'accueil de jour. Certains aidants m'ont même dit que le coût de ce transport était presque aussi cher que le prix de journée de l'accueil de jour. Ainsi, non seulement l'aidant naturel se repose moins, mais aussi l'accueil de jour ne remplit pas ses objectifs faute de fréquentation régulière du patient.

Nous avons donc cherché des solutions afin de répondre à cette problématique. Je me suis tournée, dans un premier temps, vers la municipalité en prenant exemple sur la Suède. En effet, dans ce pays, les services d'aide aux personnes âgées sont gérés par les municipalités. Le transport des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de leur domicile à l'accueil de jour est organisé et pris en charge par les services municipaux. La mairie de Brie-Comte-Robert organise un transport les jours de marché pour les personnes âgées. Connaissant cette démarche, j'ai donc pris rendez-vous avec le maire de la commune. Si le projet de création d'un accueil de jour pour personnes atteintes de

---

<sup>77</sup> Article L.322 et suivants du code de la Sécurité Sociale.

la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés lui paraissait intéressant, en revanche la municipalité ne pouvait pas apporter son aide à propos du transport car la commune de Brie-Comte-Robert n'était pas la seule concernée en raison du rayon d'attraction de cette alternative : le canton. Je me suis alors renseignée auprès d'associations qui ne proposaient malheureusement pas ce service ou à un prix élevé pour les familles. Il a alors été décidé d'organiser le transport. Nous ne pouvions pas ne pas le prévoir car la fréquentation de l'accueil de jour en dépendait et les autorités de tarification l'exigeaient dans le dossier d'autorisation. L'achat d'un véhicule neuf adapté au transport des personnes handicapées a été vite écarté en raison du coût. En effet, les véhicules actuellement disponibles ne sont pas à carburant propre, condition d'obtention d'une subvention de la part du conseil régional d'Ile de France. Nous avons donc opté pour le véhicule servant au transport des résidents pour le voyage annuel et également utilisé par les services techniques de l'hôpital local. Ce véhicule est adapté aux personnes handicapées. Il ne nécessite pas un permis particulier car il peut contenir au maximum 8 personnes.

La difficulté suivante a été le choix de la qualification du chauffeur. Aucun texte n'exige la présence de deux personnes dans le véhicule. En fonction des distances susceptibles d'être parcourues et donc de la durée passée dans le véhicule, nous avons déterminé un temps d'agent d'entretien qualifié : mi-temps. Le choix de ce type de personnel s'est imposé car l'hôpital local avait besoin d'un agent affecté au service technique et le coût d'un agent ayant la qualité de chauffeur était trop élevé.

Pour des raisons de simplicité dans la facturation, le coût du transport est intégré dans le prix de journée de l'accueil de jour. Il ne fait pas l'objet d'une facturation séparée aux seuls utilisateurs du transport. Ainsi, les personnes ou leur famille signaleront à l'avance leur volonté de bénéficier ou non du transport.

Enfin, il faut noter que si on individualise le coût du transport dans le prix de journée, cela représente : 8€

### **3.4 Une nécessaire phase de communication**

#### **3.4.1 Une démarche de communication utile au bon fonctionnement de l'accueil de jour**

La faible fréquentation d'un accueil de jour peut être la conséquence d'un défaut de communication. Les familles comme les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins généralistes n'ont pas nécessairement la connaissance de ce type de structure. Cette phase de communication est donc importante. Elle doit être structurée au

moyen d'un calendrier déterminant des étapes pour une meilleure efficacité. Il s'agit donc d'établir un plan de communication.

La première étape consiste à définir les objectifs assignés à cette communication :

- faire connaître l'accueil de jour
- faire adhérer les personnes intéressées.

Ces objectifs sont étroitement liés aux destinataires des informations fournies. Ils sont :

- les usagers : compréhension du service rendu, réponse à leurs attentes
- les prescripteurs institutionnels (partenaires, administrations) : besoin d'information pour favoriser les partenariats ou mobiliser des moyens
- le grand public : information générale, renforcer l'image de l'établissement, faire passer un message.

Les personnes ciblées par la démarche de communication de l'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à l'hôpital local de Brie-comte-Robert sont : les aidants, les médecins généralistes et plus généralement les professionnels de santé (les pharmaciens par exemple), les autorités de tarification, les mairies du canton, les partenaires institutionnels (les consultations mémoire ayant donné un accord de principe) et les associations spécialisées qui nous soutiennent dans le projet : France Alzheimer et le Lion's Club Alzheimer.

Enfin, il faut choisir un support de l'information. Les supports ne manquent pas : journal, plaquette, affiche, campagne de presse... Le choix du support est stratégique. Il est important de ne pas perdre de vue les objectifs et les destinataires de l'information pour déterminer quel type de support est le plus adapté. La construction d'un support se décompose en trois temps :

- la déclinaison du plan de communication : un énoncé avec une cible un objectif et un support
- la détermination du contenu
- la construction de la forme.

Il ne faut pas oublier de faire une évaluation du coût lié au choix même du support et à sa diffusion. L'évaluation des effets de cette communication doit être organisée également. Le support apparaît d'autant plus important car ces effets notamment en terme d'augmentation de fréquentation lui sont intimement liés. Le choix s'est porté sur une plaquette d'information et une journée rencontre et portes ouvertes.

Ce plan de communication est chapoté par une personne qui sera le directeur.

### 3.4.2 La mise en œuvre d'une démarche de communication

La première phase de la communication se situe en amont c'est-à-dire au moment même de la construction du projet. Les contacts que j'ai pu avoir avec les autorités de tarification : conseil général et DDASS font partie intégrante de la démarche d'information. En effet, l'établissement d'une relation de confiance dès la phase projet est utile pour la suite notamment en terme d'image. Il en est de même dans la recherche de partenaires institutionnels comme les consultations mémoire mais aussi associatifs comme France Alzheimer ou le Lion's Club Alzheimer. Ils pourront diffuser les informations nécessaires aux personnes intéressées. De plus, pour la notoriété de l'accueil de jour, de tels partenaires sont essentiels. La fin de cette première étape est marquée par le passage du projet en conseil d'administration. Elle est importante au regard même de la composition du conseil d'administration : maire, représentant de la DDASS et du conseil général notamment. Le choix du support de présentation doit pouvoir mettre en valeur le projet. Il doit donc être de qualité tout comme l'intervention. Un power point a été réalisé afin d'attirer l'attention de l'assistance. Ce choix s'est révélé être bon au regard des commentaires positifs émis en fin de séance.

La deuxième phase se situe en aval c'est-à-dire après l'autorisation donnée par les autorités de tarification. Il s'agit dans un premier temps de déterminer la date d'ouverture de l'accueil de jour. Dépendante des travaux de l'unité Alzheimer, cette date ne peut pas être choisie à l'avance. En revanche, il a été arrêté que cette dernière ne pourrait pas être au cours des mois de juillet et août car les familles sont souvent en vacances. On risquerait d'être confronté à un très faible taux d'occupation à l'ouverture alors même que la première année il demeure peu élevé. Ensuite, le choix s'est porté sur une plaquette d'information comportant des éléments indispensables :

- logo de l'établissement
- coordonnées : adresse, n°de téléphone
- jours et heures d'ouverture
- nom de la personne responsable de l'accueil de jour
- description de l'accueil de jour
- photos.

Ces éléments doivent permettre aux personnes d'avoir les premières réponses à leurs interrogations et de susciter leur intérêt. Cette plaquette sera diffusée aux médecins généralistes du canton, aux pharmaciens, au conseil général et à la mairie.

Enfin, une journée portes ouvertes sera organisée. Les personnes seront informées par voie de courrier et par l'intermédiaire du panneau d'affichage de la mairie. De plus, France Alzheimer et le Lion's Club Alzheimer diffuseront l'information car ils seront présents ce jour là. Ils seront d'ailleurs partie prenante à l'organisation de cette journée.

Elle sera rythmée par la visite de l'accueil de jour et par la diffusion d'informations utiles. Les membres du conseil d'administration, les médecins généralistes du canton et le personnel de l'établissement seront invités à venir.

Cette démarche de communication n'est pas figée. Entre la réalisation du projet de l'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et sa concrétisation, deux ans se seront écoulés. Il y aura donc une évolution. Ces dispositifs de communication constituent alors une trame.

## CONCLUSION

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés nécessitent une prise en charge médico-psychosociale du patient et de l'aidant. L'accueil de jour consiste à accueillir dans une structure spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés vivant à domicile sur une journée voire une demi-journée une à plusieurs fois par semaine.

Le projet de création de huit places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, tout en complétant l'offre dispensée par l'hôpital local de Brie-Comte-Robert, répond à un réel besoin. Différentes actions ont été entreprises afin de présenter un projet pouvant garantir des qualités de bon fonctionnement et de satisfaction pour l'ensemble des personnes concernées : un projet de service mis en place par un personnel qualifié, un coût attractif incluant le transport et une démarche de communication effective.

La conduite de ce projet m'a permis de comprendre le rôle d'un directeur d'établissement. Le directeur est porteur des orientations actuelles et à venir de l'établissement qu'il dirige. Il doit savoir mobiliser le personnel de sa structure autour d'un projet afin que celui-ci devienne collectif. Il doit alors démontrer son intérêt. Cette démonstration doit être également formulée auprès d'acteurs extérieurs qui deviendront des partenaires privilégiés. Le directeur doit donc posséder, en sus de ces compétences techniques, un sens des relations.

Déposé en juillet 2006 auprès de la DDASS, le projet, s'il est autorisé, verra le jour en 2008. Deux difficultés interviennent alors : les délais et la capacité d'évolution du projet.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE. *Module 5 Vieillessement*. Masson, 2005. 224p. Collection ABREGE, modules transversaux.

DRERA H., BROCKER P. *Un tabou nommé Alzheimer*. Ellipses, 2004. 316p. Collection vivre et comprendre

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C. *Droit hospitalier*. Dalloz, 2003. 706p. Collection Cours.

GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies, méthodes*. Dunod, 2004. 316p.

GAUCHER J., RIBES G., DARNAUD T. *Alzheimer ; l'aide aux aidants : une nécessaire question éthique*. Chronique sociale, 2005. 130p.

GUISSET-MARTINEZ M-J. *Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés*. Fondation Médéric, 2004. 155p. Collection Guide repères.

MOREAU J., TRUCHET D. *Droit de la santé publique*. Dalloz, 2004. 249p. Collection Mémentos.

## PÉRIODIQUES

BARBERGER-GATEAU P., PERES K., LAGALAYE L. et al. Démence et perte d'autonomie fonctionnelle du sujet âgé. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2005, n°36, pp. 69-76.

BIDAULT M. Alzheimer : les premières réponses. *La gazette santé sociale*, Septembre 2005, n°11, pp. 20-31.

DE LA SEIGLIÈRE A., LOMBRAIL P. La place spécifique de l'hôpital local dans l'offre de soins. *Gestions hospitalières*, Mars 1999, n°384, pp. 202-208.

FROSSARD M., professeur de sciences économiques, directeur du centre pluridisciplinaire de gérontologie et du laboratoire interuniversitaire de gérontologie, université de Grenoble. Coordination, intégration, réseaux de services, enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées. *Gérontologie et société*. Mars 2002, n°100, pp.35-49.

HELFTER C. Accueil temporaire des personnes handicapées et âgées : changer de logique. *Actualités sociales hebdomadaires*, 19 Novembre 2004, n°2382, pp. 21-22.

HELFTER C. Des accueils de jour pour se ressourcer. *Actualités sociales hebdomadaires*, 3 Mars 2006, n°2445, pp53-54.

HENRARD J-C. La santé des personnes âgées. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 7 Février 2006, n°5-6/2006. pp.37-51.

LACROIX J-P., VILLERS V., PETIT-LAFAYE J. Ethique et fin de vie. Une alternative à l'EHPAD : l'accueil de jour Alzheimer. *Gestions hospitalières*, Février 2005, n°443, pp.119-121.

LLANAS H. L'hôpital entre le sanitaire et le social, exemple du centre d'accueil de jour Alzheimer de Villejuif. *Gestion hospitalière*, Mai 2003, n°426, pp.353-354.

LORSON P. L'hôpital local : niveau élémentaire d'une offre de soins. *Revue hospitalière de France*, Mars-Avril 2004, n°497, pp 33.

RIGAUD A.S. Maladie d'Alzheimer. *La revue du praticien*, 2002, n°592, pp. 1661-1670.

VEYSSET-PIUJALON B. Réseaux et coordination. *Gérontologie et société*, Mars 2002, n°100, 159p.

VARTANIAN G., BONIN –GUILLAUME S., MEILAC C., TOMASINI V., ANTOGNELLA V. L'accueil de jour Alzheimer : espace de vie, espace social, espace de soins. *Revue hospitalière de France*, Novembre-Décembre 2004, n°501, pp 62-66.

VELLAS B. Monographie : maladie d'Alzheimer. *La revue du praticien*, 15 Novembre 2005, n°17, pp.1867-1922.

### **MÉMOIRES**

CAILLIET-CREPPY S. Création d'un centre d'accueil de jour pour patients Alzheimer : analyse des besoins et conditions de mise en œuvre. Mémoire ENSP Directeur d'établissement sanitaire et social public. 1998. 73p.

CORBIN F-X ; Projet de création d'un accueil de jour pour personnes démentes en long séjour hospitalier. Mémoire ENSP Directeur d'établissement sanitaire et social public.1998. 72p.

ENSP. RENNES. Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 Mai 2003b correspondent-elles aux besoins ? Mémoire ENSP de module interprofessionnel. 2004. 62p.

RASPIENGEAS-GRETHEN B. Création d'un accueil de jour à partir d'une maison de retraite pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Mémoire ENSP Directeur d'établissement social option personnes âgées. 1992. 101p.

### **TEXTES RÉGLEMENTAIRES/PLANS**

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992 – Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. - Décret n°92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical de l'hôpital local (article R711-6-4 à R711-6-21 du CSP)

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale.

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n°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.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux.

Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches.

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n°2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

## **RAPPORTS/ÉTUDES**

ANAES. Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Mai 2003.

BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *DREES, Etudes et Résultats*, Février 2002, n°160. Disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

DUTHEIL N. Les aides et les aidants des personnes âgées. *DREES, Etudes et Résultats*, Novembre 2001, n°142. Disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Les personnes âgées en Ile de France, évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance. *Observatoire régional de santé de l'île de France*, Janvier 2003. Disponible sur internet : [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)

METTE C. Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide. *DREES, Etudes et résultats*, Février 2004, n°293. Disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

PETITE S., WEBER A. Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées. *DREES, Etudes et Résultats*, Janvier 2006, n°459. Disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Rapport n° 466 de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) du 13 juillet 2005 relatif à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

## **FORMATIONS CONTINUES**

Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH). Formation continue. Monter un projet de prise en charge des malades Alzheimer et apparentés en institution médico-sociale. *Formation continue*, 2005.

CNEH. Les alternatives à l'hébergement complet en EHPAD. *Formation continue*, 2006.

## **SITES INTERNET**

<http://www.hospimedia.fr>

<http://www.legifrance.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

---

# Liste des annexes

---

## **ANNEXE I : NINCDS-ADRDA**

Tableau n°5. *La revue du praticien*, 15 novembre 2005, p.1883

## **ANNEXE II : MMSE**

Tableau n°3. *La revue du praticien*, 15 novembre 2005, p.1882

## **ANNEXE III : Plan de l'unité Alzheimer de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert**

## **ANNEXE IV : Enquête menée auprès des médecins généralistes du canton de Brie-Comte-Robert**

## **ANNEXE V : Questionnaire à destination des familles**

## **ANNEXE VI : Guide d'entretien à destination du personnel soignant**

## **ANNEXE VII : Recueil d'information auprès d'accueil de jour d'autres structures**

## **ANNEXE VIII : Répartition du personnel de l'accueil de jour**

## **ANNEXE IX : Enquête de satisfaction**

## **ANNEXE X : Budget prévisionnel de l'accueil de jour**

## ANNEXE I : NINCDS-ADRDA

### Critères NINCDS-ADRDA de maladie d'Alzheimer

#### MALADIE D'ALZHEIMER PROBABLE

- Démence avérée sur la foi d'un MMS < 24 ou IMC > 8
  - Atteinte d'au moins un autre secteur cognitif : aphasie, apraxie, agnosie
  - Détérioration progressive de la mémoire et des autres fonctions cognitives
  - Absence de troubles de la conscience et d'autres pathologies potentiellement causales
  - Début après l'âge de 50 ans
- Arguments additionnels importants
- Perturbations des activités de la vie quotidienne ou troubles du comportement
  - Histoire familiale, a fortiori si elle est confirmée neuropathologiquement
  - PL normale et EEG normal ou anomalies non spécifiques (ondes lentes)
  - Atrophie à la tomodensitométrie cérébrale, avec progression sur plusieurs examens successifs
- Atypies cliniques acceptables après exclusion d'autres causes de démence
- Paliers dans le cours de la maladie
  - Présence de dépression, hallucinations, idées délirantes, amaigrissement, incontinence, bouffées d'angoisse ou d'agitation, troubles sexuels, insomnies
  - Anomalies neurologiques d'apparition tardive : hypertonie, myoclonies, troubles de la statique, crises d'épilepsie
  - Tomodensitométrie considérée comme « normale pour l'âge »
- Atypies cliniques rendant le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable incertain
- Début brutal
  - Signes neurologiques survenant dans le cours de la maladie : hémiparésie, déficit sensitif, déficit du champ visuel, incoordination
  - Crises d'épilepsie ou troubles de la statique de survenue précoce

#### MALADIE D'ALZHEIMER POSSIBLE

- Syndrome atypique par : son mode de début, son évolution, sa présentation clinique mais en l'absence d'autre cause de démence
- En cas de pathologie associée, cérébrale ou générale, qui pourrait entraîner une démence mais, dans le cas particulier, n'est pas considérée comme causale
- Déficit cognitif sévère, isolé, graduellement progressif (dans un cadre de recherche)

**Tableau 1** IMC : test « information-mémoire-concentration » de Blessed ; MMS : *mini mental state examination* ; PL : ponction lombaire ; EEG : électro-encéphalogramme.

## ANNEXE II : MMSE

### MMSE (Mini Mental State Examination) Version GRECO

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionnent votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu plus. Vous devez répondre au mieux que vous pouvez.

I Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte, ou incomplète, poser les questions restées sans réponse dans l'ordre suivant : ( 0 ou 1 )

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

II Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons : ( 0 ou 1 )

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle province est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

#### APPRENTISSAGE ( 0 ou 1 )

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure :

11. Cigare citron fauteuil
12. Fleur ou clé ou tulipe
13. Porte ballon canard

III Répétez les 3 mots.

#### ATTENTION ET CALCUL ( 0 ou 1 )

IV Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

SCORE TOTAL : ( 0 à 30 )

V Pour tous les sujets, demander : « Voulez-vous épeler le mot MC à l'envers » : EDNOM.

Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position (ce chiffre ne doit PAS figurer dans le score global).

#### RAPPEL ( 0 ou 1 )

19. Cigare citron fauteuil
20. Fleur ou clé ou tulipe
21. Porte ballon canard

#### LANGAGE ( 0 ou 1 )

22. Montrer un crayon, « quel est le nom de cet objet ? »
23. Montrer votre montre, « Quel est le nom de cet objet ? »
24. Écoutez bien et répétez après moi : « Pas de mais, de si, ni de et »

VI Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : ( 0 ou 1 )

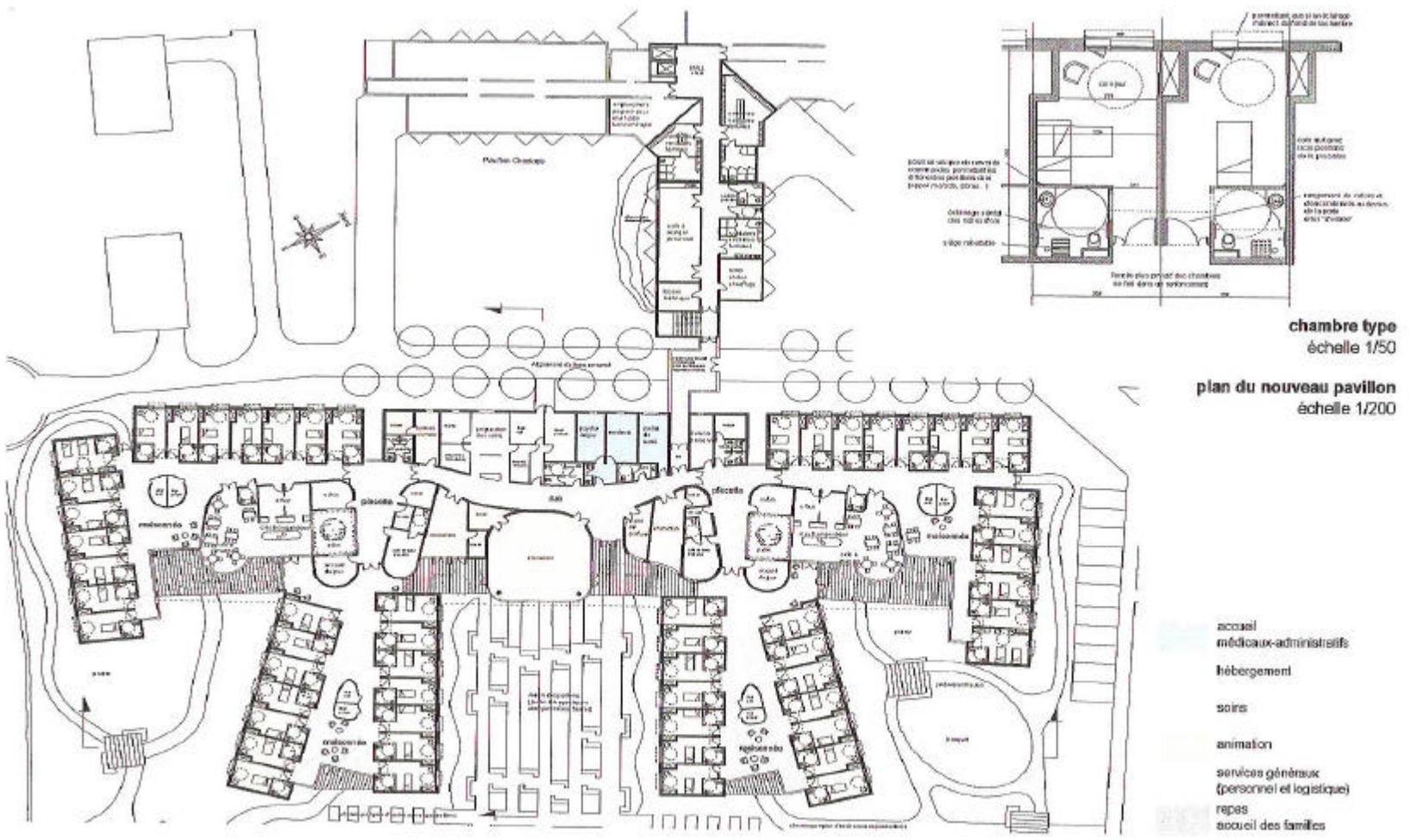
25. « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire : prenez cette feuille de papier avec la main droite »
26. « Pliez-la en deux »
27. « Et jetez-la par terre »
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « Fermez les yeux » et dire au sujet : « faites ce qui est écrit »
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière ». Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

#### PRAxis CONSTRUCTIVE ( 0 ou 1 )

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : « voulez-vous recopier ce dessin » ?



**ANNEXE III : Plan de l'unité Alzheimer de l'hôpital local de Brie-Comte-Robert**



**B**

**ANNEXE IV : Enquête menée auprès des médecins généralistes du canton  
de Brie-Comte-Robert**

*Hôpital Local*  
17, rue Petit de Beauverger  
77255 Brie-Comte-Robert Cedex  
\*\*\*\*\*

*Brie-Comte-Robert, le 21 novembre 2005*

*Direction*  
☎ : 01-60-62-62-07  
Fax : 01-64-05-39-29

**Objet :** *Enquête à destination des médecins du canton de Brie-Comte-Robert sur la création d'un accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.*

*Docteur,*

*L'hôpital local de Brie-Comte-Robert souhaite créer un accueil de jour destiné aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.*

*L'accueil de jour, placé au sein de l'hôpital, constitue une alternative à l'institutionnalisation. Les objectifs principaux sont le soulagement des aidants et le maintien des potentiels d'autonomie de la personne.*

*Suite à cette volonté, nous nous permettons de vous solliciter pour vous demander si certains de vos patients seraient intéressés par ce type d'accueil spécifique.*

→

*Si oui, à combien évaluez-vous cette population ?*

→

*Enfin, seriez-vous prêt à les informer sur l'existence de cet accueil de jour ?*

→

*En vous remerciant pour votre collaboration, veuillez, agréer, Docteur, l'expression de nos sentiments distingués.*

*Po/ Le Directeur  
Anne Claire BOSSARD  
Elève Directrice*

## **ANNEXE V : Questionnaire à destination des familles**

Dans le cadre de son projet de construction d'une unité d'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'hôpital local de Brie-Comte-Robert souhaite créer 8 places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. A cet effet, nous nous permettons de vous solliciter par un questionnaire succinct pour avoir des indications quant à ce projet.

1- Depuis combien de temps votre parent ou votre conjoint bénéficie-t-il de l'accueil de jour ?

2- Votre parent ou votre conjoint vient régulièrement à l'accueil de jour ?

3- Pourquoi ce choix de l'accueil de jour ?

4- Le fait que vous puissiez bénéficier d'un véhicule de l'établissement venant chercher votre parent ou votre conjoint est-il quelque chose d'incitatif ?

5- Comment avez-vous eu connaissance de l'accueil de jour ?

6- Estimez-vous que la maladie de votre parent ou de votre conjoint est un facteur de désocialisation pour lui et pour vous ? (Comme un facteur d'isolation, épuisement)

7- Quels sont les bénéfices que vous tirez de cet accueil de jour :

- renouer des contacts avec l'extérieur : sorties, amis
- avoir du temps pour vous
- mieux comprendre votre parent ou votre conjoint dans sa maladie
- souffler un peu, d'avoir du répit

8- Depuis l'entrée de votre parent ou de votre conjoint en accueil de jour, avez-vous ressenti une différence, une évolution dans son comportement, dans sa maladie ?

9- Avez-vous une écoute auprès d'un professionnel au sein de l'établissement ?

10- Pensez-vous que l'accueil de jour facilitera ou est une bonne transition à l'accueil en institution de votre parent ou de votre conjoint ?

11- L'accueil de jour vous aidera-t-il à comprendre le placement ultérieur et en cas de nécessité de votre parent ou de votre conjoint en institution ? Privilégieriez-vous l'institution qui a accueilli votre parent ou votre conjoint en accueil de jour ?

12- Enfin, en un mot que représente pour vous ce type d'accueil spécifique ?

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez accordé pour répondre à ce questionnaire.

## **ANNEXE VI : Guide d'entretien à destination du personnel soignant**

Je vous remercie pour votre accueil.

Je suis élève Directeur d'établissement. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'études sur les accueils de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Pour cela, j'ai besoin de rencontrer des personnels soignants comment s'effectue la prise en charge de ces personnes en accueil de jour.

Cet entretien est anonyme.

**1<sup>ère</sup> question** : *Est-ce un choix de travailler à l'accueil de jour?*

- ✓ Connaître la formation initiale
- ✓ Savoir si le personnel a suivi des formations spécifiques de prise en charge de la maladie d'Alzheimer

**2<sup>ème</sup> question** : *Comment procédez-vous pour l'admission d'une personne ?*

- ✓ Pré-visite
- ✓ Critères d'admission
- ✓ Modalités d'accueil à l'arrivée de la personne

**3<sup>ème</sup> question** : *Comment se formalise la prise en charge individualisée de la personne ?*

- ✓ Activités proposées en fonction des personnes
- ✓ Suivi thérapeutique de la personne : dossier médical, contact avec le médecin traitant ou avec une consultation mémoire
- ✓ Prise en charge individualisée permettant de voir une certaine évolution chez la personne : apport thérapeutique, apport social

**4<sup>ème</sup> question** : *Pensez-vous que cet accueil de jour permet à la personne de rester plus longtemps à son domicile avec une certaine qualité de vie ?*

**5<sup>ème</sup> question** : *Quelles sont les relations avec les familles ?*

- ✓ Mise en place d'un cahier des familles

- ✓ Réunions avec les familles : fréquence
- ✓ Groupes de parole, psychologue
- ✓ Familles demandeuses d'informations de renseignements, envie de ne pas se sentir coupable

**6ème question** : *Quelle évaluation avez-vous mise en place ?*

- ✓ Evaluation de la qualité : questionnaire de satisfaction
- ✓ Evaluation de l'activité
- ✓ Evaluation de soins

**7ème question** : *Quelles difficultés rencontrez-vous ?*

**8ème question** : *Avez-vous des suggestions sur la prise en charge de ces personnes ?*

Remerciements

## **ANNEXE VII : Recueil d'information auprès d'accueil de jour d'autres structures**

- Date de la visite ou de l'entretien :
- Coordonnées de la structure :
- Statut :
- Date d'ouverture de l'accueil de jour :
- Nombre de places (installées et autorisées) :
- Horaires d'ouverture :
- Jours d'ouverture :
- Tarifs :
- Taux d'occupation :
- Présence d'une liste d'attente :
- Locaux (dédiés, au sein d'une unité spécialisée) :
- Personnel :
- Organisation d'un transport :
- Si oui, le coût :
- Activités proposées (atelier mémoire, cuisine thérapeutique, gymnastique...) :
- Aide aux familles (groupe de parole, psychologue, réunion avec l'équipe d'accueil de jour) :

- Relation avec une consultation mémoire :
- Démarche utilisée pour ce faire connaître :
- Difficultés rencontrées :
- Démarche d'évaluation mise en place :

**ANNEXE VIII : Répartition du personnel de l'accueil de jour**

000000000000

ANNEE BUDGETAIRE 2006

REALISE

PERSONNEL	nombre d'ETP	ratio encadrt	hébergement en ETP	dépendance en ETP	soins en ETP	MONTANT DES SALAIRES (comptes 631 - 633 - 64)	hébergement	dépendance	soins
Direction administration		0.00	0				0.00		
Cuisine services généraux Dietéticien	0.5	0.00	0.5			14 100.00	14 100.00		
Animation service social		0.00	0				0.00		
ASH, agents de service affectés aux fonctions blanchissage, nettoyage, service des repas	1	0.01	0.7	0.3		26 000.00	18 200.00	7 800.00	
Aide soignante - AMP	2	0.01		0.6	1.4	64 600.00		19 380.00	45 220.00
Psychologue		0.00		0				0.00	
Infirmière	0.25	0.00			0.25	9 300.00			9 300.00
Autres auxiliaires médicaux		0.00			0				0.00
Pharmacien préparateur en pharmacie		0.00			0				0.00
Médecin		0.00			0				0.00
<b>TOTAL</b>	<b>3.75</b>	<b>0.02</b>	<b>1.2</b>	<b>0.9</b>	<b>1.65</b>	<b>114 000.00</b>	<b>32 300.00</b>	<b>27 180.00</b>	<b>54 520.00</b>

**ANNEXE IX : Enquête de satisfaction**

# ACCUEIL DE JOUR



## ENQUETE DE SATISFACTION

### Rappel du service :

Jours d'ouverture : du Lundi au Vendredi  
Horaire : 9H-17H  
Adresse : 17, rue Petit de Beauverger  
77255 Brie-Comte-Robert Cedex

Téléphone :

Fax :

Mail :

Dans une volonté d'amélioration de la qualité de l'accueil, nous vous sollicitons pour connaître votre avis sur notre service.

Ce questionnaire est anonyme et les appréciations que vous porterez resteront strictement confidentielles.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce document.

**1- Comment avez-vous connu l'accueil de jour ?**

Consultation mémoire

Médecin

Hôpital/clinique

Mairie

Service social

Entourage

Autre (précisez) :

**2- Lors de votre premier contact, avez-vous obtenu les bonnes informations ?**

OUI

NON

**3- Comment jugez-vous la première rencontre avec le service ?**

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insatisfaisant
-Amabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ecoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Information sur les modalités de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4- Quel jugement portez-vous sur :**

-Les conditions d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Le professionnalisme du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-La discrétion et la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-La disponibilité de votre interlocuteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Les activités proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Les horaires d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Les jours d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Le transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5- Pensez-vous que l'accueil de jour est :**

	OUI	NON
-Individualisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Evolutif en fonction des besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Intégré dans un réseau de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**6- Quelle votre appréciation globale de l'accueil de jour ?**

Très satisfaisant      Satisfaisant      Moyen      Insatisfaisant  
                                                                 

**7- Recommanderiez-vous l'accueil de jour à une personne de votre entourage ?**

OUI                                      NON  
                                     

**8- Vos commentaires - vos suggestions**

Merci pour votre participation

## ANNEXE X : Budget prévisionnel de l'accueil de jour

N° de compte	INTITULE	BUDGET PREVISIONNEL			
		Hébergement	Dépendance	Soins	TOTAL
602	Achats stockés :autres approvisionnements	11 200,00			11 200,00
6021	Produits pharmaceutiques et à usage médical			0,00	0,00
6025	Fournitures hôtelères sauf 60256				0,00
60256	Couches, alèses et produits absorbants				0,00
606	Achats non stockés de matières et fournitures	800,00			800,00
6066	Achats stockés fournitures médicales			368,00	368,00
61	Services extérieurs				0,00
6111	Sous-traitance à caractère médical				0,00
61551	Entretien réparation matériel médical				0,00
61681	Assurance maladie, maternité,accident du travail				0,00
62	Autres services extérieurs				0,00
621	Personnel intérimaire				0,00
6281	Blanchissage à l'extérieur				0,00
6283	Nettoyage à l'extérieur				0,00
631,633,64	Charges de personnel	32 300,00	27 180,00	54 520,00	114 000,00
635,637	Autres impôts,taxes,versements assimilés				0,00
65	Autres charges de gestion courante				0,00
67	Charges exceptionnelles	0,00			0,00
66	Charges financières				0,00
68	Dot.amortissements et prov. "Hébergement"	4 632,00			4 632,00
"	Dot.amortissements et prov. "Dépendance"				0,00
"	Dot. Amortissements et prov. "Soins"				0,00
<b>TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION</b>		<b>48 932,00</b>	<b>27 180,00</b>	<b>54 888,00</b>	<b>131 000,00</b>
Produits autres que ceux relatifs à la tarification		0,00			0,00
Incorporation des résultats des exercices antérieurs					0,00
<b>Base de calcul des tarifs journaliers</b>		<b>48 932,00</b>	<b>27 180,00</b>	<b>54 888,00</b>	<b>131 000,00</b>