



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

***DE L'EHPAD AU POLE GERONTOLOGIQUE :
ADAPTATION ET RICHESSE DES MODES
D'ACCUEIL
DES EHPAD «CANTAZUR »
ET
« LA VENCOISE »***

Béatrice VILAPLANA

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de stage M. Gérard BRAMI, Directeur des EHPAD «Cantazur» et «la Vençoise» pour m'avoir ouvert les portes de ses établissements dans le cadre de mon stage professionnel, ainsi que pour son écoute, ses conseils et la confiance qu'il m'a accordée.

Je remercie tout particulièrement M. Jean-Luc BELVISI, Attaché de direction des deux établissements pour sa disponibilité et l'aide qu'il m'a prodiguée tout au long de cette période.

Je remercie également tous les cadres ainsi que le personnel des deux structures pour l'accueil chaleureux qui m'a été réservé et pour leurs réponses claires et spontanées à mes questionnements lors de mon investigation.

Sommaire

Introduction	1
1 La dépendance des personnes âgées : un sujet au cœur du débat	5
1.1 L'évolution démographique inéluctable induit des conséquences préoccupantes.....	5
1.1.1 <i>La dépendance, une conséquence préoccupante du vieillissement de la population.....</i>	<i>5</i>
1.1.2 <i>L'accroissement du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ..</i>	<i>7</i>
1.1.3 <i>Les orientations nationales en réponse aux besoins de la dépendance des personnes âgées</i>	<i>8</i>
1.2 Les orientations du département des Alpes Maritimes dans cette conjoncture.....	11
1.2.1 <i>Panorama et projection de la population des personnes âgées dans le département des Alpes Maritimes.....</i>	<i>11</i>
1.2.2 <i>Du schéma gérontologique départemental 2006-2010 au schéma 2012-2016 : les offres d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les Alpes Maritimes.....</i>	<i>13</i>
1.2.3 <i>Le maintien de la politique d'aide à l'accessibilité financière des structures : la généralisation de l'habilitation à l'aide sociale des établissements.....</i>	<i>15</i>
1.3 La place des EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise » dans le département	17
1.3.1 <i>Présentation des EHPAD et de leur environnement médico-social propre</i>	<i>17</i>
1.3.2 <i>Des offres de services complémentaires entre les deux EHPAD.....</i>	<i>21</i>
1.3.3 <i>La nécessité d'adapter les modes d'accueil aux évolutions de la population</i>	<i>21</i>
2 L'offre d'accueil des EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise »	23
2.1 Une offre d'accueil diversifiée proposée uniquement par l'EHPAD « CANTAZUR »	23
2.1.1 <i>Un cadre architectural restructuré, une organisation reconsidérée : l'unité de vie protégée pour une prise en charge adaptée des personnes atteintes de la maladie Alzheimer et troubles apparentés</i>	<i>23</i>
2.1.2 <i>Le projet PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) en synergie avec l'UVP ..</i>	<i>25</i>
2.1.3 <i>Des évolutions pour une prise en charge spécifique et de qualité au sein de l'unité Alzheimer</i>	<i>27</i>
2.2 Les limites de l'EHPAD « Cantazur » dans sa volonté de diversification des modes d'accueil	29
2.2.1 <i>Une architecture qui manque d'adaptabilité et en inadéquation avec le cahier des charges d'un PASA.....</i>	<i>29</i>

2.2.2	<i>Les difficultés des professionnels à assurer la charge de travail.....</i>	31
2.2.3	<i>Un accueil de jour en difficulté de développement et un hébergement temporaire inexistant.....</i>	32
2.3	La spécificité de l'EHPAD « la Vençoise » : une offre d'hébergement unique.....	33
2.3.1	<i>L'hébergement permanent : mode d'accueil unique qui contraint à la mixité des résidents</i>	34
2.3.2	<i>Liberté d'aller et venir et sécurité à l'EHPAD « la Vençoise » : difficilement conciliable</i>	35
2.3.3	<i>Un manque d'accompagnement individualisé</i>	37
3	Vers un pôle gériatrique au sein de l'EHPAD « la Vençoise » : une adaptation nécessaire des modes d'accueil et une richesse pour l'existant	41
3.1	Des obligations réglementaires profitables au projet.....	41
3.1.1	<i>Le résultat de l'évaluation interne atteste ce choix pertinent</i>	41
3.1.2	<i>Le projet d'établissement : une feuille de route pour l'évolution et l'adaptation de la structure au profit des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.....</i>	42
3.1.3	<i>L'évaluation externe : une démarche enrichissante pour le projet.....</i>	43
3.2	Un Pôle gériatrique au sein de l'EHPAD « la Vençoise » : une optimisation des services	44
3.2.1	<i>Plusieurs modes d'accueil au sein du pôle au regard du plan Alzheimer 2008-2012 et de la circulaire interministérielle n°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 (Annexe 2) ..</i>	45
3.2.2	<i>Un apport supplémentaire pour l'usager : la domotique en corrélation avec le quotidien du résident.....</i>	47
3.2.3	<i>Des prestations à caractère innovant offertes aux résidents, aux familles et aux professionnels</i>	49
3.3	Recommandations ciblées pour le succès d'une démarche humaniste en faveur du résident.....	52
3.3.1	<i>Aider et accompagner les équipes au changement : de la communication managériale à la formation professionnelle</i>	52
3.3.2	<i>L'élaboration d'un projet de vie individualisé/ projet personnalisé impliquant les familles.....</i>	54
3.3.3	<i>La finalisation de l'informatisation du dossier et du suivi des soins</i>	56
	Conclusion	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	67

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux du secteur Social et Médico-Social
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CCAS	Centre Communal d'Action sociale
CES	Contrat Emploi Solidarité
CIE	Contrat Initiative Emploi
CLEIRPPA	Centre de Liaison et d'Etude d'Information et de Recherche sur Les Problèmes des Personnes Agées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESS	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHAPD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS	Etablissement Médico-Social
EPSP	Espace Partagé de Santé Publique
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupes Iso-Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
GPS	Global Positioning System
HID	Handicap Incapacité Dépendance
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PSD	Prestations Spécifique Dépendance
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SEM	Société d'Economie Mixte
UVP	Unité de Vie Protégée
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

L'espérance de vie est l'un des indicateurs de développement d'une société. Pourtant, ce progrès est aujourd'hui inexorablement associé aux notions de dégradation, de dépendance, de fardeau pour son entourage.

Chateaubriand, par ses propos, soulignait déjà cette évolution, au 19^{ème} siècle: "*En ce temps-là, la vieillesse était une dignité; aujourd'hui, elle est une charge.*"¹ Charles de Gaulle n'évoquait-il pas lui-même la "vieillesse" comme un "nauffrage"?²

La vieillesse est synonyme de rupture par la perte d'un statut, la déliquescence de la santé et de l'image de soi : l'inévitable dépendance !

J'ai souhaité, au travers de ce mémoire, mettre en évidence les conséquences de ce vieillissement, travail qui m'a amené, inévitablement à m'intéresser à l'entrée en institution pour les personnes âgées ne pouvant plus rester à domicile. Il m'a semblé intéressant tout au long de ce mémoire, de démontrer à quel point, il était nécessaire de repenser les modes d'accueil en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante en pleine évolution et surtout avec une dépendance croissante.

L'augmentation de l'espérance de vie et l'avancée en âge de la génération nombreuse du baby-boom sont à l'origine de cette croissance démographique. Au 1^{er} janvier 2012, la France dépasse le seuil des 65 millions de personnes. Par conséquent, si les tendances récentes se maintiennent, la population française, s'élèvera, en 2050, à 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Parmi cette population, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans.³

Bien vieillir, vivre mieux, vivre plus longtemps sont les maîtres mots de la société contemporaine. La politique du « *bien vieillir* » naît, avec pour objectif « *un vieillissement réussi* » tant sur le plan de la santé individuelle que sur le plan des relations sociales en proposant des mesures ciblées en direction de la prévention.⁴

Cependant, malgré la mise en place de nombreuses actions, le vieillissement progressif de la population s'accompagne inéluctablement de multiples pathologies induisant de ce fait, l'accroissement des situations de dépendance. Que celle-ci soit physique ou psychique, elle constitue un phénomène lourd qu'il est nécessaire de prendre en compte. La société française va donc être durablement affectée par cette situation qui

¹ François René Chateaubriand (écrivain et homme politique français du 19^{ème} siècle – citation tirée des Mémoires d'outre-tombe)

² Charles de Gaulle : Général, écrivain, et Homme d'Etat français : un avis par rapport au comportement du Maréchal Pétain

³ INSEE : projection de la population française (juillet 2006) -

⁴ Plan « bien vieillir 2007-2009

directement ou indirectement concerne tôt ou tard toutes les familles et présente un véritable défi pour la société.

Depuis ces dernières années, la maladie d'Alzheimer sévit. *Elle touche «855 000 personnes et l'on estime à plus de 225 000 le nombre de nouveaux cas chaque année.»*⁵ Elle est un facteur de risque important et une des principales causes de dépendance. Provoquant un impact très important sur l'état général de la personne et notamment sur la dégradation progressive des fonctions cognitives (maladie neuro dégénérative), accompagnée de troubles du comportement, elle est souvent à l'origine de l'entrée en institution véhiculant une image dégradante de la vieillesse.

Il est donc à noter, que certes, le vieillissement de la population contribue à constater un allongement de la durée vie, qu'une politique du « *bien vieillir* » est mise en place afin de profiter du mieux possible de cette vieillesse, mais que malgré cette opportunité et ce dispositif, des difficultés viennent tempérer les points positifs. Les multi-pathologies du grand âge engendrent la nécessité d'une plus grande qualité et d'une plus grande diversité des services et d'établissements pour personnes âgées dépendantes qui doivent, afin de répondre aux besoins de la population, adapter leurs modes d'accueil.

Cette réflexion concerne les deux EHPAD «Cantazur» et «la Vençoise», établissements où j'ai effectué mon stage long. Situés tous deux, dans le département des Alpes Maritimes, ils fonctionnent en mode de gestion de direction commune. L'EHPAD «Cantazur» à Cagnes sur Mer, a une capacité 74 lits d'hébergement permanent, 5 lits d'hébergement temporaire et 5 lits d'accueil de jour. L'EHPAD «la Vençoise» à Vence, situé à 10 km de Cagnes sur Mer, possède un seul mode d'accueil. Il héberge à titre permanent 108 résidents, alors qu'il bénéficie d'une capacité autorisée de 128 lits. En effet, en 2005, une extension a été autorisée dans le cadre d'un projet de pôle gérontologique, en attente prochainement, de la signature du permis de construire (septembre 2012).

Ce mémoire professionnel m'a donc permis d'effectuer une étude concernant ces évolutions d'adaptation. Elle a consisté, dans un premier temps, à une phase d'observation en ce qui concerne l'environnement propre à chacun d'eux, le fonctionnement des deux sites en direction commune, l'organisation de chaque établissement, le personnel, les résidents et les familles. J'ai pu ainsi, mettre en exergue les atouts et les limites de la prise en charge des résidents des deux établissements en remarquant l'insuffisance des modes d'accueil proposés et les lacunes de l'existant.

Connaissant les projets des deux EHPAD et également les difficultés rencontrées par les deux structures dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes et

⁵Rapport maladie d'Alzheimer et maladies apparentées n°2454 par Mme Cécile GALLET, Députée- juillet 2005

notamment, désorientées, je me suis posée la question suivante qui est à l'origine de mon mémoire professionnel :

Pourquoi y-a-t-il nécessité d'adapter les modes d'accueil aux besoins de la population au sein d'un EHPAD ?

Afin d'effectuer ce mémoire professionnel et de répondre à la question posée, ma démarche a consisté à réaliser un travail en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, une phase d'observation a semblé indiquée afin d'étudier l'environnement médico-social des deux établissements, le fonctionnement et leur organisation conjointe et individuelle. J'ai suivi les évolutions des plannings des deux établissements et participé à l'élaboration du plan de formation, élément clé dans la gestion des ressources humaines.

Mon stage étant sur deux sites différents, j'ai aménagé mon temps de travail en fonction du quotidien spécifique aux deux structures. J'ai également été associée au renouvellement des conventions tripartites qui m'a permis, d'appréhender l'importance d'un travail en coordination avec tous les collaborateurs ainsi que l'intérêt d'un bon relationnel avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) et le Conseil Général.

J'ai pu grâce à ma participation active aux réunions cadres et aux réunions institutionnelles m'approprier le positionnement de Directeur au sein de l'établissement.

L'informatisation des plannings a été le point de départ de la restructuration de l'organisation du travail des équipes et également du temps de travail (révision du protocole des 35 heures). J'ai été totalement impliquée dans cette démarche où j'ai pu exploiter mon expérience dans la gestion des ressources humaines à bon escient.

La préparation de l'évaluation externe de l'établissement en projet de construction du pôle gériatrique, m'a incitée à développer mon sens de l'organisation et d'opter pour un management participatif où chacun détient sa place en qualité de professionnel : un travail en coordination effectué ensemble.

Dans un deuxième temps et afin de maîtriser les éléments spécifiques à mon mémoire, j'ai eu recours à une recherche bibliographique (étude démographique et épidémiologique, l'état des lieux des divers modes d'accueil...). Mes investigations ont portées sur les plans nationaux, les débats sur la dépendance, les schémas gériatriques départementaux des Alpes Maritimes, la documentation du Conseil Général en ce qui concerne les modes d'accueil existants dans le département. J'ai également eu recours à des ouvrages concernant le travail auprès des personnes âgées et la qualité des prestations dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Dans un troisième temps, j'ai procédé à des entretiens semi directifs qui ont constitué un point essentiel dans ma démarche. Afin que ces échanges soient constructifs, j'ai élaboré une grille d'entretien spécifique en fonction des différents acteurs

et des établissements. J'ai débuté par le personnel, en effet, les professionnels sont les plus impliqués : ils sont proches des résidents, ils reçoivent leurs doléances et subissent les aléas du quotidien. Leur expérience m'a été précieuse. Les familles associées à leur parent ont également participé aux entretiens semi directifs, j'ai pu ainsi identifier leurs besoins et leurs attentes.

La première partie a consisté tout d'abord, à comprendre le vieillissement de la population et à cibler les conséquences de la dépendance qui en résulte sur le plan national, départemental, ainsi que de procéder à la présentation des EHPAD et de les situer dans leur environnement médico-social propre.

Les modes d'accueil existants de l'EHPAD «Cantazur» présentent des atouts certes, mais également des limites. Quant au mode d'accueil unique de l'EHPAD «la Vençoise», il présente la spécificité de n'accueillir que des personnes âgées en hébergement permanent occasionnant, au regard de l'évolution des besoins de la population, de nombreux inconvénients. Ce constat a construit ma deuxième partie.

Le projet de pôle gérontologique à l'EHPAD «La Vençoise» finalise mon travail. Ce projet est une réponse aux attentes des besoins de la population. Cependant, afin de garantir un accompagnement en adéquation avec les exigences que développent les multi pathologies des personnes accueillies, des préconisations sont à mettre en œuvre. Il est, pour ma part, un projet entre innovation et convivialité, peut-être la définition de l'EHPAD futur.

1 La dépendance des personnes âgées : un sujet au cœur du débat

Si l'allongement de la durée de la vie apparaît être une chance pour la population, il n'en reste pas moins que cette évolution démographique induit des conséquences préoccupantes (1.1) Sujet au cœur du débat national, la prise en charge de la dépendance nécessite un processus de changement basé également sur des dispositions locales (1.2) et des établissements qui ont leur place au sein de ce dispositif (1.3).

1.1 L'évolution démographique inéluctable induit des conséquences préoccupantes

Durant de nombreuses années, la problématique des personnes âgées étaient d'ordre économique. Aujourd'hui la dépendance (1.1.1) et la maladie d'Alzheimer (1.1.2) viennent se rajouter voire même prendre le pas sur ce problème. Afin de mieux comprendre les conséquences préoccupantes de l'évolution démographique, il convient de définir et d'analyser ces deux problématiques et de déterminer leur prise en charge au plan national (1.1.3).

1.1.1 La dépendance, une conséquence préoccupante du vieillissement de la population

La définition de la dépendance

Le terme de dépendance est apparu pour la première fois en 1973. Employé par le Docteur Yves Delomier, médecin d'hébergement de long séjour, il a été utilisé pour qualifier l'état de vieillesse.⁶ Cependant, c'est lors de l'institution de la PSD (Prestation spécifique dépendance) par la loi du 24 janvier 1997, que la dépendance est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie (repas, soins corporels,...) ou requiert une surveillance régulière. Cette dépendance peut être physique, psychique ou sociale.

La dépendance n'est pas un état figé, mais une situation évolutive qui peut s'évaluer selon différentes grilles. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique. Cette grille est l'outil choisi pour attribuer l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie à la personne). Il convient donc d'analyser les raisons pour lesquelles, la dépendance représente une conséquence préoccupante de l'évolution démographique. Dans un premier temps, il m'a semblé intéressant de

⁶ DELOMIER Y., « Le vieillard dépendant – Approche de la dépendance : Gérontologie n°12 septembre 1973 p.9 « le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie »

s'interroger sur la croissance de la dépendance dans les prochaines années avec à l'appui des études fiables, et dans un deuxième temps, de mettre en évidence les difficultés de sa prise en charge face à la forte hausse du nombre de personnes dépendantes à l'avenir.

Le vieillissement de la population engendre inéluctablement la dépendance

Afin de mieux appréhender le sujet, j'ai utilisé l'étude de 2006 sur «la dépendance des personnes âgées : projection 2040»⁷, et également, le rapport concernant le débat sur la dépendance : *« le vieillissement de la population française conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement. »*

Cette étude a été élaborée à l'aide de l'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance) et du modèle de micro simulation *DESTINIE*⁸. Afin d'obtenir les résultats les plus probants, 3 scénarios principaux peuvent être utilisés : 1 scénario (pessimiste) est défini selon une extension de la morbidité (augmentation de la durée de vie des personnes après l'apparition de la dépendance), 2^{ème} scénario (central) est défini selon le maintien de la morbidité (la durée de vie resterait stable), 3^{ème} scénario (optimiste) est défini selon la compression de la morbidité (la survenue de plus en plus tardive des incapacités et de la dépendance).

En fonction du scénario retenu, les résultats obtenus sont différents. Au regard des dernières données concernant la France, le scénario central a été privilégié (choix également confirmé par les évolutions constatées à l'étranger). D'après cette étude, le nombre de personnes dépendantes augmentera de 50 % entre 2000 et 2040 pour atteindre 1 230 000 personnes. Ce chiffre varie entre 1,1 et 1,5 million de personnes dépendantes avec une augmentation plus rapide à compter de 2030, date à laquelle, les générations du baby-boom atteindront 80 à 85 ans, période de dépendance forte⁹.

La prise en charge de la dépendance : des difficultés multifactorielles

Face à ces chiffres, la question de la prise en charge de la personne âgée dépendante tant sur le plan financier que physique fait débat.

Le montant des dépenses liées à la dépendance se situe, en 2010, entre 26 millions dans le cadre de l'évolution de la population hypothèse basse et 34 millions d'euros dans le cas de l'hypothèse haute.¹⁰ Ces dépenses importantes concernant la

⁷ INSEE - La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040- Michel DUEE - Cyril REBILLARD – direction des Études et Synthèses économiques de l'Insee-

⁸ Enquête HID et modèle de microsimulation DESTINIE – version modifiée suite à la réunion d'avril 2001 - Méthode de projection consistant à projeter les évolutions futures au niveau individuel plutôt qu'à un niveau agrégé ou semi-agrégé. Le modèle DESTINIE Modèle est principalement dédié à la projection des retraites avec une approche individus + ménages et un appui sur une base de départ qui est l'échantillon de l'enquête patrimoine de l'Insee (édition 2003)-

⁹ INSEE - La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040- Michel DUEE - Cyril REBILLARD – direction des Études et Synthèses économiques de l'Insee- P.616

¹⁰ Synthèse du débat national sur la dépendance juin 2011- p.13

perte de l'autonomie, les soins et l'hébergement interpellent les pouvoirs publics. Les projections concernant l'APA¹¹, dépenses concernant directement la dépendance, sont préoccupantes et significatives car elle progresserait d'ici 2025 de 10 % à 20 % et de 35 % à 55 % d'ici 2040¹².

Les dépenses en soins (concernant la dépendance) s'élèvent à 15 milliards d'euros en 2010.

En ce qui concerne les dépenses liées à l'hébergement en institution, le reste à charge demeure un réel problème. Il se situe en moyenne mensuellement, entre 2200 euros en zone rurale et 2900 euros en zone urbaine,¹³ alors que plus de la moitié des retraités perçoivent une pension mensuelle inférieure à 1000 euros¹⁴.

La prise en charge du résident, en premier lieu assumée par l'aidant familial, dépasse souvent ses capacités car il est confronté à une quadruple peine : affective, psychologique, physique et financière dans l'accompagnement de la personne et notamment lorsqu'elle est atteinte par la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

L'assistance apportée par les services d'aide à domicile est actuellement mise à mal car ces prestataires rencontrent de nombreuses difficultés liées à une situation financière du fait d'un manque de financement public suffisant.

Quant aux établissements pour personnes âgées dépendantes, ils doivent s'adapter aux multi pathologies de la personne accueillie et faire face à l'accroissement du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui a pour conséquence, une dépendance plus importante.

1.1.2 L'accroissement du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Définir et comprendre l'évolution de la maladie d'Alzheimer

Découverte par le neuropsychiatre allemand Aloïs Alzheimer en 1907, la maladie d'Alzheimer, selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), dans sa classification internationale des maladies (10^{ème} édition), est définie comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne, apparue depuis au moins 6 mois et avec la présence d'au moins un trouble suivant : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité.* » Elle s'accompagne progressivement d'une détérioration intellectuelle entraînant des manifestations psychologiques et des troubles du comportement conduisant à une perte de l'autonomie. Elle constitue la cause principale de démence et de maladies apparentées qui nécessitent une prise en charge adaptée pour le malade et un soutien pour les proches.

¹¹ APA : succède au dispositif de la prestation spécifique dépendance, l'APA vient renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante

¹² Synthèse du débat national sur la dépendance – juin 2011- p.17

¹³ Rapport Rosso-Debord (Estimation IGAS, 2009) – 3 - L'importance des restes à charge financiers pesant sur les personnes âgées dépendantes

¹⁴ Rapport Rosso-Debord (source DGCCRF 2009) -

Son évolution diffère d'un patient à l'autre mais, en général on dénombre 3 phases d'évolution.

La phase initiale correspond à des troubles de la mémoire associés à l'altération d'autres capacités intellectuelles.

Lors de la deuxième phase, le malade perd son autonomie. Des modifications cognitives et comportementales sont constatées (troubles de l'humeur, agitation, perte d'appétit, perte du sommeil...). Elle nécessite une aide plus importante dans les actes de la vie quotidienne.

La dernière phase, sévère, correspond à l'atteinte des fonctions corporelles au même stade que les capacités psychiques du malade. Le malade est désorienté et ne reconnaît plus sa famille et ses amis. Les capacités intellectuelles ainsi que le langage sont altérés, les difficultés à s'alimenter surgissent (mastication, déglutition deviennent difficiles). Le malade risque alors d'évoluer vers un état irréversible de grabataire.

Evolution croissante du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en institution

Fin 2007, d'après le dossier solidarité et santé¹⁵ de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), 240 000 résidents sur 655 000 personnes âgées en institution ont fait l'objet d'un diagnostic de type Alzheimer ou troubles apparentés : 40 % en maisons de retraite, 11 % en logement foyer et 62 % en unité de soins de longue durée (toute catégorie confondue).

Les EHPAD conventionnés¹⁶ sont les établissements qui accueillent majoritairement les personnes atteintes de démences. Du fait de leur convention tripartite, ces structures bénéficient d'une dotation en soins plus importante, leur permettant d'être mieux pourvues en personnel qualifié afin d'assurer une prise en charge adaptée et de qualité.

Ce constat permet de conclure sur le fait que l'institution présente une solution à la prise en charge de cette pathologie et une réponse à l'épuisement des familles ainsi qu'un soutien.

1.1.3 Les orientations nationales en réponse aux besoins de la dépendance des personnes âgées

La prise de conscience des pouvoirs publics se traduit par une succession de plans nationaux

Depuis 2003, suite à l'épisode de la canicule¹⁷ qui a alerté les pouvoirs publics sur la vulnérabilité des personnes âgées, une succession de plans et de décrets ont été

¹⁵ DOSSIER DREES SOLIDARITE ET SANTE n°22-2011 – Les personnes âgées en institution – 2011

¹⁶ Convention tripartite

¹⁷ 15 000 morts des suites de la canicule dont exclusivement des personnes âgées, voire très âgées (plus de 75 ans)

élaborés en leur faveur.

Le plan Vieillesse Solidarité «Canicule» sera reconduit chaque année associant la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte. De surcroît, la parution en 2004 du décret d'application du 3 septembre 2004 relatif aux fichiers «Canicule», signe l'origine de la journée de solidarité (lundi de pentecôte) et de la création de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Afin de répondre aux transformations sociétales, le plan solidarité Grand Age 2007-2012¹⁸ s'engage à travers ses 5 axes, à adapter la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en institution afin de répondre aux attentes et aux besoins de la population.

Le plan « *bien vieillir* », apparu en 2007, permet de constater la préoccupation permanente des pouvoirs publics en ce qui concerne le vieillissement de la population. Il présente des étapes pour un « *vieillesse réussie* » individuellement et socialement et propose des actions de prévention adaptées.

Depuis 2001, trois plans successifs ont été élaborés pour combattre et accompagner la maladie d'Alzheimer. Le premier plan 2001-2005¹⁹ a axé ses priorités sur le diagnostic de la maladie et la prévention, le soutien et l'information aux personnes atteintes de cette pathologie et des familles. Le plan Alzheimer 2004-2007²⁰ a traité essentiellement de la prise en charge de cette maladie. Pour finaliser le plan 2008-2012²¹ mis en œuvre au 1^{er} février 2008, et élaboré sur la base des travaux de la Commission présidée par le Professeur Ménard,²² a pour objectifs principaux de fournir un effort sans précédent sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants.

Une volonté d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement

Pour une prise en charge physique de qualité : Les pouvoirs publics ont la volonté d'accompagner les ESSMS (Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Par conséquent, un dispositif d'évaluation interne et externe²³ a été institué par la loi du 2 janvier 2002.

L'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation du secteur social et médico-social)

¹⁸ Plan Solidarité Grand Age présenté par Philippe Bas Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille 27 juin 2006

¹⁹ Circulaire n° 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 maladies apparentées

²⁰ 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

²¹ Ministère de la Santé et des Sports – Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

²² Professeur Jöel Ménard, professeur de Santé Publique, spécialiste des maladies cardio-vasculaires, ancien Directeur Général de la Santé

²³ « L'évaluation des activités a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les résidents. Elle aidera à adapter le fonctionnement de l'établissement et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins des résidents, dans le cadre des missions et des contraintes – en particulier budgétaires – qui lui sont imposées. » Site ANESM

créée en 2007, est l'acteur public national du dispositif administratif de décision de renouvellement des autorisations de fonctionnement par les autorités compétentes.

Elle est à l'origine des différentes publications de référentiels visant à l'amélioration des prestations offertes au résident. Publié en février 2008, un guide sur l'évaluation comporte les modalités à mettre en œuvre pour offrir à l'utilisateur des prestations de qualité en s'interrogeant sur l'organisation interne de l'établissement. Il a été suivi d'un autre guide de recommandation de bonnes pratiques professionnelles concernant l'amélioration de la qualité de vie des résidents en institution ainsi qu'un guide de recommandation de bonnes pratiques professionnelles concernant le projet d'établissement en décembre 2009. Trois autres référentiels concernant la qualité de vie en EHPAD : de l'accueil de la personne à son accompagnement (décembre 2010), l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (juin 2011), la vie sociale des résidents en EHPAD (décembre 2011) sont venus enrichir les précédents.

Au regard de la place prépondérante qu'occupent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés en EHPAD, l'ANESM a jugé nécessaire de publier un guide concernant l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentés en EMS (Etablissements Médico-Sociaux).²⁴

Pour une prise en charge financière de qualité : Ce contexte de vieillissement de la population et de dépendance accrue a incité le législateur à produire une réglementation afin qu'une majorité de personnes en besoins d'accompagnement, puissent avoir accès à des dispositifs d'aides financière ou physique.

Avec la PSD, seules, les personnes âgées les plus démunies financièrement et étant victimes d'une dépendance très lourde pouvaient y prétendre. Largement critiquée, elle a été remplacée par l'APA avec la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée.

Le recours sur succession a été supprimé. Le montant de l'allocation est calculé en fonction des ressources du demandeur, de ses besoins et de l'importance de la dépendance. L'évaluation de la perte d'autonomie est effectuée à l'aide de la grille AGGIR (6 GIR : 'Groupes Iso-Ressources' figurant dans la grille AGGIR définissent le degré d'autonomie des personnes). Au 31 décembre 2011, 1 199 000 personnes étaient bénéficiaires de l'APA. Sur un an, on constate une progression de 2,0 %²⁵. Cette prestation délivrée par le département, est une aide pour le règlement de la dépendance en établissement.

Des orientations plaçant l'utilisateur au cœur du dispositif

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002²⁶ rénovant l'action sociale et médico-sociale

²⁴ ANESM : Guide de recommandations des bonnes pratiques professionnelles : L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparenté en établissement médico-social-

²⁵ DREES : Enquête sur APA auprès des conseils généraux : exploitation des données au 1^{er} mars 2012

²⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

réaffirme le droit des usagers avec pour 1^{ère} orientation : affiner et promouvoir les droits des bénéficiaires. Elle souligne en priorité le respect des droits fondamentaux des personnes²⁷

Afin de mettre en place ces droits, la loi détermine des outils permettant leur reconnaissance (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits et de liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance). A travers ce dispositif, l'utilisateur a un rôle participatif et est acteur de sa prise en charge. Le contrat de séjour ou le contrat de prise en charge associé à la création d'un Conseil de Vie Sociale ayant pour mission de rendre plus opérant les modes de participation des usagers à la vie de l'établissement en attestent. Sa liberté de choix est ainsi réaffirmée.

1.2 Les orientations du département des Alpes Maritimes dans cette conjoncture

Une étude approfondie de la population des Alpes Maritimes permet de situer le département au niveau national concernant le vieillissement de la population (1.2.1). Ses résultats m'ont amené à établir un état des lieux des modes d'accueil pour personnes âgées dépendantes existants au sein du département, à travers le schéma gérontologique départemental (1.2.2) et de conclure avec les moyens mis en œuvre par le territoire pour faciliter l'accès aux établissements (1.2.3).

1.2.1 Panorama et projection de la population des personnes âgées dans le département des Alpes Maritimes

Une proportion relativement élevée de personnes âgées

Le département des Alpes Maritimes où se situent les deux EHPAD «Cantazur» et «la Vençoise» compte 1 087 863 habitants²⁸. Il est le deuxième département le plus peuplé de la région PACA (Provence Alpes et Côtes d'Azur) avec 4 815 232 habitants²⁹ dont plus de 90 % des personnes résident sur la bande côtière. Parmi ces habitants, 296 900 personnes âgées de 60 ans et plus de 40 000 de plus de 85 ans y demeurent³⁰. En 2005, les Alpes Maritimes étaient le département le plus âgé de la région PACA : 28 % avaient 60 ans et plus, 12 % avaient 75 ans et plus.³¹

Cependant, si on calcule l'indice de vieillissement³², il est égal à 100, ce qui correspond à une population des 65 ans et plus, égale à la population des – de 15 ans. Cet indice révèle un vieillissement moins marqué par rapport aux autres régions.

²⁷ BAUDURET J.F., JAEGER M., 2005, Rénover l'action sociale et médico-sociale

²⁸ INSEE - Alpes-Maritimes vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020 (juin 2009) -

²⁹ INSEE – recensement population PACA 2006

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=5&ref_id=14221

³⁰ CONSEIL GENERAL ALPES MARITIMES : Schéma gérontologique départemental des Alpes Maritimes 2012-2016

³¹ INSEE – vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020 Page 14

³² Indice de vieillissement : population de 65 ans et plus / population de – 15 ans = 41996/41666 = 1,007 - INSEE – Portrait de territoire – p.5/38

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/dossier/dos04/scotgc.pdf

D'après les projections, l'arrivée des âges élevés de la génération du baby-boom accentuerait l'évolution. En 2020, la part des personnes âgées de 60 ans et plus arriverait à 31 % et la part des 75 ans et plus à 13 %.

Il semblerait, cependant, qu'entre 2011 et 2020, le département des Alpes Maritimes perde sa première place au sein de la région. Il obtiendrait la quatrième place³³ concernant le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus mais conserverait sa première place pour les 75 ans et plus (12,8 % par rapport à 11,3 dans la région).

La maladie d'Alzheimer dans les Alpes Maritimes : un état des lieux difficile à déterminer

L'état des lieux de la maladie d'Alzheimer est difficile à déterminer car la maladie, à son début, peut être assimilée à la plainte mnésique³⁴. Ce département a estimé, en avril 2009, lors de l'élaboration du «Plan Alzheimer Alpes Maritimes»,³⁵ à environ 15 800 le nombre de personnes atteintes de cette pathologie ou de troubles apparentés dont seulement la moitié serait diagnostiquée et un tiers traitée³⁶. Des équipes médico-sociales du Conseil Général interviennent à domicile dans le cadre de la demande APA où des tests de dépistage de troubles cognitifs sont réalisés par des professionnels (test Mental Status - MMS) diagnostiquant souvent la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. En 2006, le Conseil Général a pu constater 7 465 évaluations à domicile.

Diagnostic de la dépendance au sein du département

Actuellement, le nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus s'élève à 22 200 (15 100 femmes et 7 100 hommes). Le département se démarque dans la région avec un taux de dépendance de 7,5 % supérieur au taux de la région PACA qui est de 6,8 %.

Une différence dans les taux entre les hommes et les femmes se remarque.³⁷

Cependant, cette évolution de la dépendance a évidemment une incidence sur sa prise en charge. Dans les Alpes Maritimes, environ 15 800 personnes dépendantes vivent à domicile dont 4400 seules (une sur cinq). A partir de 60 ans et plus, des personnes âgées dépendantes sont accueillies en institution, elles sont au nombre de 6400 (une sur trois).

D'après les projections, le taux de dépendance évoluerait à la baisse et passerait de 7,5 % en 2005 à 6,1 % en 2020.³⁸ La prévention, en matière de santé publique, depuis

³³ Observatoire Régional de Santé : Etat de santé et inégalités en région Provence-Alpes-Côtes d'Azur 2010

³⁴ La plainte mnésique est un trouble ressenti, et objectivé par la personne âgée de plus de cinquante ans. Elle se situe en dehors de tout contexte anxieux, de difficultés personnelles, de prise médicamenteuse

³⁵ Plan Alzheimer Alpes Maritimes : mieux connaître et accompagner la maladie

³⁶ PLAN ALZHEIMER 2008-2012 ALPES MARITIMES : mieux connaître et mieux accompagner

³⁷ Au-delà de 80 ans et en fonction des tranches d'âges, les femmes ont une espérance de vie supérieure

80 – 84 ans hommes : 9 % femmes : 11,7 %- **85 – 89 ans** : hommes : 14,7 % femmes : 21 %- **90 ans et plus** : hommes : 31,5 % femmes : 40,9 %

³⁸ INSEE - Alpes-Maritimes vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020 (juin 2009) – p.15

ces dernières années, explique, en grande partie, cette baisse du taux de dépendance.

1.2.2 Du schéma gérontologique départemental 2006-2010 au schéma 2012-2016 : les offres d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les Alpes Maritimes

Typologie des modes d'accueil pour personnes âgées dépendantes à travers le schéma gérontologique départemental 2012-2016

Lors de l'élaboration du schéma gérontologique départemental 2006-2010, le département des Alpes Maritimes était situé au 5^{ème} rang au niveau national concernant les nombres d'établissements (231), de lits (12 004), de places d'accueil de jour (67) et de types d'hébergement. Ces derniers comportent 22 foyers, 142 maisons de retraite, 49 EHPAD hors accueil de jour, 6 EHPAD avec accueil de jours, 12 unités de soins longue durée.³⁹

Entre 2006 et 2011 (date de l'élaboration du dernier schéma), l'offre d'hébergement s'est développée au regard des besoins de la population âgée, croissante et vieillissante du département. A ce jour, le département est en mesure de proposer des modes d'accueil diversifiés. Les besoins ayant augmenté et les attentes ayant évolué, l'équipement départemental offre à présent des structures adaptées et spécifiques, qu'elles soient privées, publiques ou associatives.

Les maisons de retraite ont laissé la place aux EHPAD (Etablissements d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Ces structures ont été dans l'obligation de signer une convention tripartite avec les financeurs (Etat, Conseil Général) dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD.⁴⁰ A ce jour, le département des Alpes Maritimes dispose de 166 EHPAD qui correspondent donc à cette exigence avec un nombre de lits autorisés de 10 823. Dans ces EHPAD, sont incluses les USLD (Unité de Soins de Longue Durée).

L'accueil de jour (pour personnes âgées vivant à domicile pour une ou plusieurs journées, ou demi-journées, par semaine) et l'hébergement temporaire (pour un accueil limité dans le temps et dont le maintien à domicile s'avère compromis) sont des alternatives à l'hébergement permanent. Ces structures peuvent être autonomes ou rattachées à un EHPAD, comme dans les Alpes Maritimes où on ne note aucune structure spécifique.

Si dans le schéma gérontologique départemental 2006-2010, l'accueil de jour était de 67 places, il est à ce jour de 210 places ouvertes. L'hébergement temporaire est quant à lui inexistant dans le schéma 2006-2010. Cependant, selon le schéma 2012-2016, le nombre de places en hébergement temporaire est, à présent, de 56 et promet

³⁹ CONSEIL GENERAL DES ALPES MARITIMES : Schéma gérontologique départemental des Alpes Maritimes 2006-2010 –

⁴⁰ La loi du 97-60 du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

une évolution.

Une incitation à l'adaptation des structures et à la diversification des modes d'accueil

Ainsi, dans le département des Alpes Maritimes, afin d'améliorer les conditions d'accueil des personnes âgées, des structures sont adaptées afin de répondre aux besoins des résidents.

Des travaux de restructuration et d'humanisation sont entrepris, avec la diminution du nombre de chambres doubles et l'installation de sanitaires dans chaque chambre.

Une réflexion a été engagée sur le vieillissement de la population et de la prévention de la dépendance par les divers acteurs impliqués dans le champ de la santé publique en créant un «EPSP» (Espace Partagé de Santé Publique).⁴¹ L'objectif premier de cette démarche est de promouvoir des réponses innovantes aux problématiques de santé actuelles en décloisonnant les secteurs (sanitaire, secteur médico-social et secteur libéral) en vue de favoriser un partenariat pour des actions coordonnées.⁴²

Le personnel participe à l'adaptation des structures en ce qui concerne la qualité de prise en charge, et nécessite une attention toute particulière qui passe par leur qualification (formation) et par un nombre suffisant d'agents dans l'accomplissement des tâches (ratio d'encadrement). Il est évident que ces démarches exigent des moyens financiers. Élément qu'a pu apporter la réforme de la tarification des EHPAD (convention tripartite). Actuellement, le ratio d'encadrement des EHPAD des Alpes Maritimes se situe à 0,65 ETP pour un GMP (Gir Moyen Pondéré) évalué, en 2010, à 739,36. Ce ratio correspond au ratio présenté lors de l'étude de « Observatoire des EHPAD 2012 ».⁴³

Le plan Alzheimer 2008-2012 a incité le Conseil général des Alpes Maritimes à la création d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Effectivement, le nombre de places en accueil de jour devrait passer de 203 (schéma 2006/2010) à 334 avec 124 places en cours d'ouverture. Le nombre de places en hébergement temporaire devrait passer de 120 à 134 dont 78 en cours d'ouverture. Cette évolution est une réelle prise de conscience des besoins dans le département.

Une nécessaire projection

D'après les projections, les Alpes Maritimes vont rester au premier rang pour les personnes âgées de 75 et plus. Au regard de ce constat, le département continue à se projeter dans ces créations de places d'EHPAD. « *Depuis 2006, 15 nouveaux EHPAD (+5*

⁴¹ L'EPSP est un espace ouvert, fédératif associant les principaux acteurs de santé publique du département des Alpes-Maritimes afin qu'ils puissent mener ensemble des projets de prise en charge de la santé de la population dont la forte composante collaborative constitue une vraie valeur ajoutée. Les partenaires ainsi regroupés s'appuient sur 4 centres de soutien (recherche, formation, plateforme des réseaux, promotion de la santé).

⁴² ESPACE PARTAGE DE SANTE PUBLIQUE – Innover pour un EHPAD futur : les propositions des professionnels des Alpes Maritimes – 2007 –

⁴³ Etude de KPMG 2012 – « Observatoire des EHPAD » - Ressources Humaines – Taux d'encadrement

extensions), 638 lits nouveaux ont ouvert. 18 nouveaux EHPAD, en cours de construction (+12 extensions), 1670 lits ont ouvert en 2011-2012. Ils continueront à se développer en 2013 et 2014. Fin 2014, les Alpes Maritimes compteront 14 127 lits dont 12 646 lits médicalisés d'EHPAD. »⁴⁴

La répartition de l'équipement total marque une différence entre l'est et l'ouest du département. La ville de Nice a un ratio en lits médicalisés d'EHPAD le plus bas du département alors que les besoins sont identifiés (60 pour 1000 personnes âgées + 75 ans) et que le ratio départemental est de 99 lits pour 1 000 personnes.

1.2.3 Le maintien de la politique d'aide à l'accessibilité financière des structures : la généralisation de l'habilitation à l'aide sociale des établissements

Les bénéficiaires de l'aide sociale et les tarifs disparates du secteur

« L'aide sociale est l'expression de la solidarité de la collectivité à l'égard des personnes qui, en raison de leur état physique et/ou mental, de leur situation économique et sociale ont besoin d'être aidées. »⁴⁵

D'après une étude de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), le revenu médian des personnes âgées dans les Alpes Maritimes s'élève à 1270 euros mensuel⁴⁶, alors qu'en France Métropolitaine, il est de 1180 euros. Il est donc supérieur à la moyenne nationale et « 50 % des ménages âgés disposent de revenus égal ou inférieur à cette valeur ».⁴⁷

Les revenus fiscaux et le niveau de vie dénote une forte proportion de ménages âgés très démunis mais également une forte proportion de ménages âgés aux ressources confortables. 12 % des ménages âgés ont des ressources faibles qui se situent au-dessous de 640 euros par personne (10 % en France métropolitaine). 14,7 % des ménages âgés dépassent 2 340 euros (10 % en France métropolitaine).

Après prospection réalisée sur les tarifs des EHPAD du département, les tarifs s'avèrent disparates.

En effet, pour le secteur privé, il est situé entre 65 et 85,65 euros par jour soit 1900 à 2500 euros par mois.

Pour le secteur public et associatif, l'écart est moins important : les tarifs sont situés entre 50 et 55 euros soit 1500 à 1650 euros par mois (hors ticket modérateur (4,50 euros par jour soit 130 euros par mois et la participation APA).

Par conséquent, les tarifs pratiqués ne coïncident pas avec les ressources des personnes âgées les plus démunies. Le secteur privé à but lucratif pratique des tarifs

⁴⁴ CONSEIL GENERAL ALPES MARITIMES : Schéma gérontologique départemental des Alpes Maritimes 2012-2016

⁴⁵ Règlement départemental d'aide et d'action sociale 2011 Alpes Maritimes

⁴⁶ INSEE - Alpes-Maritimes vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020 (juin 2009) – p 32

⁴⁷ Schéma départemental gérontologique 2012-2016 p.57

hébergement beaucoup plus élevés que le secteur public et associatif, facteur qui ne facilite en aucun cas l'accès aux structures d'hébergement.

Une prépondérance du secteur privé pour la majorité de l'équipement médico-social mais une majorité d'établissement public pour l'habilitation à l'aide sociale

Lors de la lecture des schémas gérontologiques, j'ai pu remarquer la place prépondérante du secteur privé dans les Alpes Maritimes. En effet, 115 établissements privés (6035 lits) contre 52 publics (4152 lits) et 28 associatifs (2117 lits).

Le département présente une spécificité en ce qui concerne le secteur privé puisqu'il se situe, avec 17 % d'occupation, au-delà de la moyenne nationale (15 %). Le pourcentage de ménages âgés aux revenus convenables est supérieur au pourcentage de la France métropolitaine. Quant aux revenus du patrimoine, ils se révèlent être supérieurs à ceux observés dans les autres départements de la région.⁴⁸ Par conséquent, les Alpes Maritimes attirent particulièrement les groupes privés nationaux qui se sont implantés dans cette zone, pressentant une manne financière intéressante.

Cependant, malgré sa prépondérance, le secteur privé n'adopte pas systématiquement l'habilitation à l'aide sociale.

Au 30 juin 2011, 52 établissements du secteur public sont répertoriés dont 48 sont habilités à l'aide sociale soit 4065 lits. Pour le secteur associatif, 16 structures sur 28 soit 1388 lits ont cette habilitation et pour le secteur privé à but lucratif, 23 établissements sur 115 soit 568 lits sont habilités. Au total, sur 12 304 lits autorisés 6021 lits sont habilités à l'aide sociale (près de 50 %).

Au regard du nombre de lits habilités à l'aide sociale (6021 lits) et le taux d'occupation par les bénéficiaires (2275 personnes), il est à noter une stabilité du nombre de personnes bénéficiaires.

L'habilitation à l'aide sociale permet aux établissements de recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (à faibles revenus). Les structures habilitées ont une obligation d'accueil dans la limite de sa capacité autorisée et leur tarif sont fixés chaque année par le Président du Conseil Général. Pour les établissements non habilités, les tarifs sont librement fixés par les responsables des établissements.⁴⁹

Ce constat pourrait expliquer la raison pour laquelle le secteur privé ne souhaite développer l'habilitation à l'aide sociale que partiellement.

Vers une généralisation de l'habilitation à l'aide sociale pour une accessibilité financière pour tous dans le département

La spécificité du Conseil Général des Alpes Maritimes est de maîtriser l'évolution des tarifs d'hébergement des établissements habilités à l'aide sociale. Ainsi, le règlement départemental d'aide et d'actions sociales des Alpes Maritimes 2011 a mis en place une

⁴⁸ Entre 12,4 % pour les personnes âgées de 60 à 74 ans et 15,3 % pour les personnes de 75 ans et plus

⁴⁹ La progression des tarifs toutefois encadrée par le Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie

possibilité de bénéficier de subventions d'investissements aux établissements publics et associatifs habilités à l'aide sociale ayant des projets, à conditions que les tarifs hébergement soient inférieurs ou égaux à 58 euros (tarif moyen) après intégration des surcoûts liés aux travaux⁵⁰.

Lors d'une création ou une extension d'établissement soumise à autorisation, 20 % de la capacité totale des lits doit obligatoirement être habilité à l'aide sociale avec un tarif journalier maximum de 52,32 euros (2011). Ces lits seront destinés aux bénéficiaires de l'aide sociale ou aux personnes âgées ayant des revenus modestes dans le cadre d'une convention avec le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).

Les objectifs énoncés lors du schéma gérontologique 2006-2010 ont été atteints puisqu'à l'horizon 2014, le département des Alpes Maritimes devrait compter 784 lits habilités supplémentaires.

1.3 La place des EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise » dans le département

Les EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise » évoluent dans ce contexte. Cette analyse va permettre de situer la place de ces structures au sein du département (1.3.1), de démontrer la complémentarité des offres d'accueil entre les deux EHPAD (1.3.2) et de déterminer les raisons de l'adaptation de ces établissements (1.3.3).

1.3.1 Présentation des EHPAD et de leur environnement médico-social propre

L'histoire de l'EHPAD « Cantazur »

La Résidence « Cantazur », située à Cagnes sur Mer, commune de 48 024 habitants,⁵¹ a accueilli ses premiers résidents le 1^{er} mai 1995. Elle accueille des personnes âgées de 60 ans ou plus, valides, semi valides ou dépendantes. A son ouverture, les résidents bénéficient d'une certaine autonomie, la présence des familles y est importante, car cet établissement représente pour eux une résidence hôtelière.

Il est à noter que 90 % des résidents sont originaires de Cagnes sur Mer.

En 2005, date de la signature de la première convention tripartite, cet établissement public autonome et habilité à l'aide sociale depuis le 10 mai 1995, bénéficie d'une capacité totale autorisée de 80 lits d'hébergement permanent, composé de 13 chambres doubles et 54 chambres simples dont 40 lits en section de cure médicale et 40 en forfait soins courant.

Afin de répondre aux besoins de la population, l'établissement comprend actuellement : 74 lits d'hébergement permanent, 5 lits d'hébergement temporaire et 5

⁵⁰ Règlement départemental d'aide et d'actions sociales 2011 – p.119

⁵¹ INSEE – évolution et structure de la population – Cagnes sur mer mise à jour 28/06/2012

places d'accueil de jour.⁵²

Son implantation dans l'environnement médico-social

L'EHPAD « Cantazur », situé sur la bande côtière, est le seul EHPAD public avec la totalité des lits habilités à l'aide sociale dans un périmètre de 30 km. La ville de Cagnes sur Mer et ses environs proposent une offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes essentiellement représentée par des établissements privés à but lucratif. Le tableau ci-dessous le démontre :

VILLES	EHPAD PRIVES					EHPAD ASSOCIATIFS					EHPAD PUBLICS				
	Nbre	Lits	AJ(1)	HT(2)	AS(3)	Nbre	Lits	AJ	HT	AS	Nbre	Lits	AJ	HT	AS
Cagnes	5	204	5	3	19						1⁵³	74	5	5	74
Nice⁵⁴	24	1291	17	5	60	9	777	35	-	245	7	339	15	-	339
Antibes/Juan les Pins⁵⁵	3	158	-	-	-	1	80	-	-	80	2	82	20	-	82
St Laurent du Var⁵⁶	4	202	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	36	1855	22	8	79	10	857	35	-	325	10	495	40	5	495

(1) Accueil de jour – (2) Hébergement temporaire – (3) Lits habilités à l'aide sociale

Un tarif attractif

L'EHPAD « Cantazur » possède une liste d'attente importante (1an) notamment dû à un tarif journalier attractif. Il est de l'ordre de 59,64 € en chambre individuelle et de 54,32 € en chambre double auxquels se rajoute le tarif dépendance fixé par le Conseil Général en fonction des différents GIR. Afin de situer pécuniairement l'EHPAD, par rapport aux autres établissements des villes d'Antibes-Juan les Pins et de Nice, j'ai établi un comparatif des tarifs.

D'après le schéma départemental gérontologique, le coût journalier du secteur public est compris entre 50 € et 55 € soit 1500€ à 1650 € par mois.⁵⁷ Or, les tarifs du secteur privé sont nettement supérieurs à ce montant. Ils se situent entre 65 € et 85,65 € soit 1900 € et 2500 € mensuel selon le Conseil Général.

Cependant, lors de mes entretiens avec les familles des résidents, la question des tarifs a été abordée mettant en évidence le coût intéressant de l'EHPAD par rapport au coût du secteur privé ainsi que son habilitation à l'aide sociale. Le montant annoncé par

⁵² Explication de l'évolution de l'EHPAD Cantazur dans la partie : 1-3-3 La nécessité d'adapter les modes d'accueil aux évolutions de la population

⁵³ EHPAD Cantazur à Cagnes sur Mer

⁵⁴ Nice : située à 13 km de Cagnes sur Mer

⁵⁵ Antibes/Juan les Pins : située à 11 km de Cagnes sur Mer

⁵⁶ St Laurent du Var : située à 5 km de Cagnes sur Mer

⁵⁷ CONSEIL GENERAL ALPES MARITIMES : Schéma gérontologique départemental des Alpes Maritimes 2012-2016

ces familles est nettement supérieur à celui estimé par le Conseil Général. Il est compris entre 3000 € et 3500 € par mois (soit entre 100 et 150 euros par jour), voire même plus pour certains établissements. Il semble toutefois difficile de connaître réellement les tarifs du secteur privé car, à ces montants, s'ajoutent également des prestations diverses⁵⁸ (changes à usage unique, entretien linge, télévision....) à la charge du résident et qui font parfois la différence auprès des familles pour le choix de la structure.

L'histoire de l'EHPAD « la Vençoise »

La commune de Vence, 19 183 habitants (2009)⁵⁹ est située à environ 20 km de Nice, entre mer et montagnes. Vence fait partie du « moyen pays ».

Comme de nombreux établissements, l'EHPAD « la Vençoise » était un « hospice » à vocation charitable sous l'égide de l'Evêque de Vence. Devenu l'Hôpital Général Saint Jacques où les sœurs de la Charité et de l'Instruction Chrétienne de Nevers assurent la gestion, il est, après la Révolution, rattaché à la commune.

Après avoir subi d'importants travaux d'agrandissement, le départ des sœurs avec le passage de relais à un secrétaire administratif et une première « humanisation », l'Hospice de Vence devient par arrêté du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, Maison de Retraite Publique le 25 avril 1983. La restructuration complète de la Résidence est récente. Le nouveau bâtiment de 84 lits habilités à l'aide sociale depuis mars 1983, construit sur l'ancien jardin, est terminé depuis septembre 2002 suivi d'une première extension de 24 lits suite à la réhabilitation d'un ancien bâtiment terminée en novembre 2006.

Enfin, en avril 2005, l'établissement a franchi une nouvelle étape avec la signature de la convention tripartite transformant l'établissement en EHPAD de 108 lits d'hébergement permanent dont 64 chambres individuelles et 22 chambres doubles. Il est à noter que la majorité des résidents sont originaires de Vence et de ses environs.

Un environnement médico-social essentiellement privé

Au cœur du « moyens pays », de nombreuses petites communes avoisinantes de Vence se sont développées. Chacune possède un ou plusieurs EHPAD. Cette analyse m'a permis ainsi de situer l'EHPAD « la Vençoise » sur son territoire et d'établir un constat quant aux modes d'accueil déjà existants dans son environnement (voir tableau ci-dessous) :

⁵⁸ Selon l'établissement

⁵⁹ INSEE – évolution et structure de la population – Vence - mise à jour 28/06/2012 –

VILLES	EHPAD PRIVES					EHPAD ASSOCIATIFS					EHPAD PUBLICS				
	Nbre	Lits	AJ(1)	HT(2)	AS(3)	Nbre	Lits	AJ	HT	AS	Nbre	Lits	AJ	HT	AS
Vence	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	167 ⁶⁰	-	-	-	128
La Colle sur Loup ⁶¹	1	77	5	3	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Gaude ⁶²	1	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
St Jeannet ⁶³	2	117	-	-	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4	226	5	3	77	-	-	-	-	-	167	--	-	-	119

(1) Accueil de jour - (2) Hébergement temporaire – (3) Lits habilités à l'aide sociale

Malgré sa situation éloignée de 12 km de Cagnes sur Mer et donc de la bande côtière, et malgré le foisonnement d'EHPAD dans les communes environnantes, l'EHPAD « la Vençoise » possède une liste d'attente importante (1an). Hormis son tarif attractif de l'ordre de 59,86 € en chambre individuelle et de 56,20 € en chambre partagée auxquels se rajoute le tarif dépendance fixé par l'ARS en fonction des différents GIR, l'EHPAD « la Vençoise » est situé au cœur même de Vence facilitant ainsi le maintien du lien social pour les résidents par son accessibilité de proximité et l'ouverture sur la vie de la ville.

Cet établissement bénéficie, à présent, d'une capacité installée de 108 lits d'hébergement permanents habilités à l'aide sociale avec une capacité autorisée, suite à un projet d'extension, de 128 lits d'hébergement permanent, 4 lits d'hébergement temporaire, 5 places d'accueil de jour (en attente du nouveau projet du pôle gériatologique).

La direction commune

Dans l'histoire et l'évolution des deux établissements, la date du 12 mai 1997 est une date importante car, liés par une convention, ces établissements sont en direction commune.

Il est évident que la situation géographique et la vocation identique des deux établissements publics autonomes ont incité les pouvoirs publics à cette démarche.

Certes, le fait que le même Directeur gère les deux sites n'est pas chose facile mais cette gestion présente cependant des avantages pour la structure en ce qui concerne la mutualisation des services logistiques et l'impulsion d'une unicité dans les pratiques professionnelles.

⁶⁰ EHPAD la Vençoise (128 lits) et l'EHPAD de l'ONAC (Office National des Anciens Combattants) 48 lits

⁶¹ INSEE – évolution et structure de la population– La colle sur loup -7640 habitants à 9km de Vence- mise à jour 28/06/2012

⁶² INSEE – évolution et structure de la population – La Gaude 6670 habitants à 10 km de Vence- mise à jour 28/06/2012

⁶³ INSEE – évolution et structure de la population – St Jeannet 3645 habitants à 8 km de Vence- mise à jour 28/06/2012

1.3.2 Des offres de services complémentaires entre les deux EHPAD

La présentation des offres de services de l'EHPAD « Cantazur »

Depuis 1994, date de son ouverture, l'EHPAD « Cantazur » a longtemps proposé une offre d'hébergement permanent qui répondait, aux besoins de la population. Il est vrai qu'à cette période, la politique concernant les personnes âgées et les personnes atteintes de démences n'était pas différenciée. A partir de 2007, la maladie d'Alzheimer a été reconnue comme une priorité nationale de Santé Publique.⁶⁴

En 2008 (début du projet d'établissement), l'EHPAD « Cantazur » s'inscrit dans une démarche de création d'une unité de vie : « *une adaptation d'un milieu de vie adapté à la démence et non l'adaptation des résidents déments à l'institution.* »⁶⁵ Cette unité de 15 lits : 5 lits d'hébergement permanent, 5 lits d'hébergement temporaire et 5 places d'accueil de jour a été ouverte en 2009.

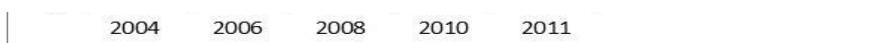
Une alternative d'accueil pour la population de Vence

L'EHPAD « Cantazur » offre une solution d'accueils diversifiés et adaptés aux différents besoins des personnes âgées et de leur famille au sein d'un seul et même établissement. Elle permet ainsi, au regard de la direction commune avec l'EHPAD « la Vençoise », de pallier la carence d'une unité de vie protégée pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de proposer aux familles une alternative, dans l'attente de la construction du projet de « pôle gériatrique » pour personnes atteintes de cette pathologie au sein de l'établissement de Vence.

1.3.3 La nécessité d'adapter les modes d'accueil aux évolutions de la population

Evolution de la population accueillie au travers du GMP⁶⁶

J'ai procédé tout d'abord à l'analyse de l'évolution de la population au sein des 2 EHPAD. Le suivi du GMP m'a semblé intéressant dans cette démarche.



⁶⁴ CLEIRPPA- Centre de Liaison, d'Etudes, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées -:Maladie d'Alzheimer, contexte, politique et enjeux sociaux

⁶⁵ Définition de l'unité de vie protégée par le directeur de l'EHPAD CANTAZUR

⁶⁶ GMP : Gir Moyen Pondéré

Les deux courbes du GMP des deux EHPAD sont parallèles et corroborent à la première place des Alpes Maritimes en qualité de département le plus âgé de la région PACA avec un taux de dépendance supérieur au taux de ce territoire. En 7 ans, les deux EHPAD ont vu leur GMP augmenté considérablement.⁶⁷

Son augmentation importante à compter de 2008 peut s'expliquer. Au fil des années, les personnes qui entrent en institution sont en situation d'extrême dépendance d'où l'évolution conséquente du GMP. Le développement de la politique du maintien à domicile en est la cause.

La différence entre les deux structures provient du fait de leur histoire. L'EHPAD « Cantazur » était, à ses débuts, une MAPAD⁶⁸ et considérée avant tout, comme une « résidence hôtelière » pour personnes âgées. Elle accueillait à cette époque une population valide et semi valide et peu dépendante. Son GMP à 510, donc peu élevé, en 2004, l'explique.

L'EHPAD « la Vençoise » était un « ancien hospice » accueillant des personnes handicapées, et des personnes en déficience psychologique importante. Cette situation lui a valu un GMP à 620 en 2004 avec une ascension régulière expliquant la courbe parallèle mais supérieure à celle de l'EHPAD « Cantazur ».

Face à ce constat, il semble indispensable que l'établissement « la Vençoise » s'inscrive dans une démarche d'évolution de ses modes d'accueil afin d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins d'une population différente au fil des années.

⁶⁷ Augmentation du GMP de 221,62 points pour l'EHPAD « Cantazur »

Augmentation du GMP de 174,42 point pour l'EHPAD « la Vençoise »

⁶⁸ Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

2 L'offre d'accueil des EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise »

Au regard des faits énoncés ci-dessus concernant la nécessité d'adapter les structures à l'évolution de la population et à ses spécificités, actuellement, l'EHPAD « Cantazur » a développé des actions visant à diversifier ses modes d'accueil (2-1). Cependant, s'inscrire dans une dynamique d'évolution révèle parfois des limites (2-2) L'EHPAD « la Vençoise » a, certes subi de nombreuses restructurations, néanmoins des lacunes demeurent en ce qui concerne ses modes d'accueil, car, seul, l'hébergement permanent peut être proposé à ce jour (2-3).

2.1 Une offre d'accueil diversifiée proposée uniquement par l'EHPAD « CANTAZUR »

2.1.1 Un cadre architectural restructuré, une organisation reconsidérée : l'unité de vie protégée pour une prise en charge adaptée des personnes atteintes de la maladie Alzheimer et troubles apparentés

Un cadre architectural restructuré : un projet réussi

Le département des Alpes-Maritimes est très peu doté en structures d'accueil spécialisées pour personnes atteintes de cette pathologie et ne compte, à ce jour, que 6 centres d'accueil de jour⁶⁹, tous privés lucratifs, principalement situés à Nice ou dans le sud du département.

Dans ce cadre, le projet d'aménagement d'une unité de vie spécialisée pour des personnes démentes composée de 5 lits d'hébergement permanent, 5 lits d'hébergement temporaire et 5 places d'accueil de jour, a paru particulièrement pertinent. Il a permis aux personnes âgées habitants à Cagnes-sur-Mer ou dans les proches communes, de trouver, à proximité de leur domicile, un panel complet de solutions d'accueil. L'aménagement de cette unité au sein de l'établissement a impliqué des travaux de réaffectation des espaces au sein de l'établissement.

L'unité de vie⁷⁰ a ouvert ses portes en octobre 2009. Lors de mes visites, j'ai pu apprécier le cadre agréable, sûr et rassurant dans lequel les résidents et le personnel évoluent.

La porte d'entrée de l'unité équipée d'un digicode, conçue en fer forgé, laisse, de ce fait, passer la clarté et crée un élément de décoration au sein de l'unité.

Les parcours de déambulation sont conçus de manière à ne pas être un couloir rectiligne de déambulation et passent le plus possible par des lieux de vie facilitant la surveillance qui doit être permanente.

⁶⁹ CONSEIL GENERAL ALPES MARITIMES : Schéma gérontologique départemental des Alpes Maritimes 2012-2016 – p 29

⁷⁰ Annexe I

L'aménagement de l'espace privé individuel (chambre) du résident est clair, équipé d'une salle de bain et d'une porte fenêtrée permettant l'accès au jardin. Il est pourvu d'équipements adaptés pour les personnes qui se lèvent et qui peuvent chuter, notamment, avec des lits qui s'abaissent jusqu'au sol.

Des salons de détente et d'accueil réservés aux familles et aux résidents donnent sur un jardin clos où ils peuvent se réunir. De même que des salles polyvalentes où des ateliers sont organisés par groupe de résidents en fonction des modalités d'accueil (accueil de jour ou permanent).

Afin de favoriser les repères temporels, une mémorielle indiquant la date, le moment de la journée et l'heure par des couleurs adaptées est accrochée au mur. La psychologue de l'établissement est le cadre référent de cette unité. Elle a pour rôle la coordination des équipes (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour). Elle est le lien entre le médecin coordonnateur, le résident, le personnel et les réseaux, et surtout, le lien avec les familles pour lesquelles elle est le principal interlocuteur.

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Dans le cadre de cette unité de vie protégée, l'établissement propose en sus des 5 lits d'accueil permanent, 5 lits d'hébergement temporaire et 5 places d'accueil de jour.

L'ouverture de ces alternatives à l'hébergement permanent permet de soutenir les familles aidantes en leur proposant ainsi un répit durant la journée (accueil de jour) ou plusieurs jours (hébergement temporaire) et de prolonger le maintien à domicile. Elles sont également une passerelle entre le lieu d'habitation et l'institution permettant ainsi de s'adapter progressivement à la vie en collectivité.

Lieux de rencontres et d'échanges dans lequel les personnes âgées peuvent nouer des contacts et des relations privilégiées avec d'autres résidents, ces alternatives d'accueil proposent un soutien psychologique et un moyen d'occuper et de rythmer leurs journées par le biais d'activités régulières et adaptées à leurs capacités.

L'accueil de jour⁷¹ de l'EHPAD « Cantazur » fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 avec un accueil à la journée ou à la demi-journée voire même quelques heures (en fonction de la demande des familles). L'accueil est convivial, il sécurise le résident et déculpabilise sa famille.

L'hébergement temporaire⁷² de l'unité fonctionne difficilement et les lits sont actuellement occupés en hébergement permanent.

⁷¹ Définition Réseau Alzheimer » : « L'accueil de jour s'adresse aux personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Cet accueil apporte un soutien aux familles et aux proches. Il offre une alternative à l'entrée en établissement d'hébergement. »

⁷² Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : « L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps (3 mois). Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise isolement, absence des aidants, départ en vacances, travaux dans le logement etc. Il peut

Une réorganisation qui nécessite des moyens humains

En 2005, date de la signature de la convention tripartite, et avant la création de l'UVP (Unité de Vie Protégée), l'EHPAD « Cantazur » possédait un taux d'encadrement en personnel de 0,57. Il comprend du personnel de soins qualifiés (4 infirmières diplômées d'Etat (IDE), 13 aides-soignants/aides Médico-Psychologique (AS-AMP), 12,25 agent des services hospitaliers (ASH), 0,5 psychologue, 0,5 médecin coordonnateur, 2 animatrices, 6,5 direction et administration (en lien avec les services administratifs de l'EHPAD « la Vençoise »), 6,5 cuisine-services généraux, 0,5 auxiliaire médical.

La réaffectation d'une partie de l'établissement dédiée à l'accueil de personnes atteintes de troubles démentiels occasionne, d'une part, la répartition des postes entre l'hébergement classique (sur la base de volontariat) et l'unité de vie spécialisée et d'autre part la création de :⁷³

- 1 poste d'agent des services hôteliers
- 1 poste d'aide-soignant
- 0,50 poste d'I.D.E.
- 0,25 poste d'ergothérapeute
- 0,10 poste de médecin coordonnateur

Soit au total de 3,35 postes ont été demandés à la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et au Conseil Général.

Ce personnel affecté à l'unité Alzheimer effectue régulièrement des formations externes à l'établissement en adéquation avec les troubles de telles pathologies. Le médecin coordonnateur et la psychologue de l'établissement, grâce à la connaissance de cette population, dispensent des formations en interne permettant ainsi de faire partager leur savoir sur les différentes conséquences de ces pathologies (dénutrition, fugue, chute...).

2.1.2 Le projet PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) en synergie avec l'UVP

Le projet d'un PASA au sein de l'EHPAD « Cantazur »

Le PASA est une réponse à un besoin de la population de l'EHPAD. D'après le cahier des charges⁷⁴, le PASA est en mesure d'accueillir 12 à 14 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées et développant des troubles du

également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge de soins de suite ».

⁷³ Projet Unité de Vie Protégée EHPAD Cantazur

⁷⁴ Circulaire Interministérielle N°DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011/362 du 19 septembre 2011 – Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement - Annexe

comportement modérés⁷⁵, hébergés dans l'établissement.

Compte tenu de l'existence d'un secteur protégé et sécurisé Alzheimer, il est prévu d'accueillir, au sein du PASA, 14 résidents de l'EHPAD qui seront évalués⁷⁶ par une équipe pluridisciplinaire comprenant le médecin coordonnateur gériatre, la psychologue de l'établissement en associant les médecins traitants. Au sein de l'établissement, un travail permanent est élaboré sur l'observation de l'évolution de la population accueillie, afin de proposer un accompagnement et une prise en charge adaptée notamment au travers de l'animation.

Le PASA, tel qu'il est envisagé, semble proposer une réponse adaptée à cette problématique. Une réflexion s'est établie en équipe sur la perspective de ce type de prise en charge spécifique. Le projet d'animation actuel est particulièrement développé et repose sur l'intervention de différents professionnels de l'établissement.

Le fonctionnement du PASA

Le PASA sera situé à l'intérieur de l'unité de vie protégée. Il sera ouvert 5 jours par semaine de 10h à 16h30.

La procédure d'entrée et de sortie⁷⁷ du résident dans le PASA devra bénéficier d'un suivi mensuel qui sera adapté en fonction des nécessités du terrain. Une proposition de contenu de prise en charge et des modalités d'accompagnement sera proposée par l'équipe qui rencontrera la famille et le résident concerné pour lui présenter le fonctionnement et la prise en charge au sein du PASA.

Un système d'évaluation continue sera mis en place en lien avec le médecin traitant et l'équipe du PASA. L'évaluation portera sur les progrès et la réceptivité du résident aux activités. De même, il sera nécessaire de s'interroger sur la poursuite, la suspension ou l'arrêt de cette activité en fonction des bénéfices retirés par la personne et la façon dont se déroulent les séances.

L'accompagnement thérapeutique repose sur le personnel travaillant au sein de l'unité mais également sur l'intervention de professionnels de l'EHPAD, de prestataires ou partenaires extérieurs afin de pouvoir proposer des activités spécifiques adaptées aux pathologies des personnes accueillies.

Les moyens humains

Le projet du PASA sera intégré à la structure d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Les personnels intervenants dans cette nouvelle unité seront complétés de manière à répondre aux exigences du cahier des charges. Ils devront être formés aux

⁷⁵ Ces personnes font état de troubles du comportement modérés qui sont susceptibles d'entraîner une altération de la qualité de vie de la personne et de celle des autres résidents.

⁷⁶ Inventaire neuropsychiatrique version pour équipe soignante NPI-ES

⁷⁷ Annexe II - fiche entrée sortie PASA

spécificités de la population accueillie.⁷⁸ Il sera nécessaire de recruter du personnel qualifié (+1,5 poste), comme indiqué ci-après :

- 1,25 poste d'assistante en soins gériatrie
- 0,10 poste de psychologue
- 0,15 poste de kinésithérapeute - ergothérapeute

Le projet PASA a été déposé à l'ARS et au Conseil général afin de demander sa labellisation.

2.1.3 Des évolutions pour une prise en charge spécifique et de qualité au sein de l'unité Alzheimer

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés doit bénéficier d'une prise en charge plus individualisée que les autres résidents, étant donné qu'ils n'expriment pas tous les mêmes besoins.

L'élaboration du projet de soin individualisé est la base de cette prise en charge. Il est inscrit dans le cadre du projet de vie proposé par l'établissement et permet à chaque personne de maintenir et de préserver son autonomie au travers d'un programme de prise en charge adaptée. L'EHPAD « Cantazur » n'a pas encore formalisé le projet de vie individualisé mais cette action fait partie des objectifs à atteindre.

L'arrivée du résident au sein de l'unité de vie

L'établissement a voulu prioriser l'arrivée du résident dans l'unité qu'il s'agisse d'un transfert⁷⁹ ou de personnes venant de l'extérieur, car ce moment est source d'angoisse, aussi bien pour lui-même, que pour la famille en situation de culpabilité. Son accueil doit être un moment privilégié.

L'admission dans l'unité de vie en hébergement permanent est effective suite à la consultation du dossier médical où les critères de déambulation, de troubles du comportement ou d'errance sont pris en compte par le médecin coordonnateur, en liaison avec la psychologue et la cadre de santé. Un rendez-vous avec les familles est programmé avec une visite de l'unité et, si possible, avec le résident (si son état de santé le lui permet). Ainsi, le résident pourra se familiariser avec son nouvel environnement et cette visite l'aidera à acquérir de nouveaux repères.

Son accompagnement

Les goûts et les habitudes de vie de la personne âgée sont respectés. Les activités et les actions à mettre en œuvre sont déterminées par l'équipe pluridisciplinaire

⁷⁸ Approche de la maladie d'Alzheimer, compréhension du comportement des troubles de la personne âgée, atelier psycho-sensoriel...).

⁷⁹ Les résidents de l'EHPAD sont prioritaires dans le cas où la cohabitation ne serait plus possible avec les autres résidents

afin de répondre au mieux à ses attentes et à ses besoins.

La spécificité de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés nécessite une reconsidération des activités proposées. Etabli en coordination avec le service de consultation mémoire du Centre Hospitalier de Nice, un atelier mémoire encadré par la psychologue vient répondre aux attentes des personnes atteintes de difficultés mnésiques (troubles de la mémoire), telles que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Des ateliers de dessin et de peinture ainsi que de musicothérapie sont également proposés le matin car c'est le moment de la journée où les personnes sont les plus réceptives et capables de concentration. Ces activités manuelles présentent des techniques émotionnelles qui font appel aux différents sens : la vue, le toucher et l'odorat. La musicothérapie⁸⁰, quant à elle, est une discipline propre à stimuler les capacités de communication, souvent déclinantes des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Sa prise en soins

« La prise en charge de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés est complexe car cette maladie ne se résume pas uniquement à la perte de la mémoire ; elle retentit sur l'état somatique et l'autonomie du patient »⁸¹.

Dans ce cadre, L'EHPAD « Cantazur » a mis en place une prise en charge spécifique pour les personnes atteintes de cette pathologie.

L'équipe pluridisciplinaire sait qu'il existe d'autres moyens pour communiquer avec eux : une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer perd les outils de communication et de pensée, mais garde sa capacité à rester en relation si son interlocuteur adapte sa manière de communiquer. Le personnel a été sensibilisé, grâce à des formations, dans cette démarche d'ouverture à la communication non verbale qui contribue à mettre tous les sens en éveil (le regard, l'ouïe, le toucher, le système olfactif)⁸².

Il est également vérifié que les personnes souffrant de cette pathologie perdent leurs facultés cognitives mais développent leur perception affective et émotionnelle. Par conséquent, l'équipe de l'unité de vie a compris qu'il ne pouvait exister de soin sans relation. Elle est le lien avec la personne, une aide, une prise en considération. Elle permet d'être regardée comme une personne à part entière. Tous les actes, qu'ils soient techniques ou médicaux, activités diverses, événements festifs, viennent renforcer les liens relationnels avec le personnel de l'institution, les autres résidents, les familles.

La structure est engagée dans le respect des droits et de la dignité des résidents. Le Directeur et son équipe sont spécialement sensibles à la lutte contre la maltraitance.

⁸⁰ *La musicothérapie dans le cadre d'Alzheimer va contribuer à améliorer la vie du malade. La chanson est très utilisée dans ce cas. Elle permet de faire travailler le souffle et la mémoire et de maintenir une activité. Les ateliers consistent souvent en l'écoute d'une musique qui correspond à l'âge du malade pour susciter des souvenirs et vaincre l'isolement*

⁸¹ Commentaire de F.NOURHASHEMI (Professeur au gérontopôle du CHU de Toulouse) Maladie d'Alzheimer et déclin cognitif

⁸² Formation « humanitude » : Philosophie de soin de l'Humanitude et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti

Soucieux du bien-être des résidents, les agents ont effectué et effectuent des sessions régulières de formation afin de les sensibiliser au respect de la personne et à la notion de « bientraitance ». Ainsi, toute personne en lien avec l'établissement veille à présent, à ce que des comportements aussi simples mais aussi essentiels que frapper avant d'entrer dans la chambre du résident, attendre la réponse, fermer les portes des chambres durant les soins et respecter le secret professionnel soient observés par l'ensemble des personnes intervenants au sein de l'unité.

Il est important de constater la capacité de l'établissement à s'adapter aux besoins de la population ainsi que l'engagement des pouvoirs publics dans cette démarche. Cependant, l'intérêt que présente la structure en modes d'accueil n'évince pas les limites d'un tel engagement.

2.2 Les limites de l'EHPAD « Cantazur » dans sa volonté de diversification des modes d'accueil

L'ARS et le Conseil Général ont relevé une inadéquation par rapport au cahier des charges PASA-UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) (2-2-1), tandis qu'une pénurie de moyens humains augmente la charge de travail (2-2-2) et que les alternatives à l'hébergement permanent ont du mal à fonctionner (2-2-3).

2.2.1 Une architecture qui manque d'adaptabilité et en inadéquation avec le cahier des charges d'un PASA

L'avis des familles

Selon les familles « l'architecture actuelle de l'UVP paraît satisfaisante ». « L'UVP est agréable : ses peintures sont douces et sa disposition au rez-de-chaussée facilite les promenades dans le jardin. Cette unité présente des salons de détente, des lieux d'activités adaptées pour nos parents ainsi que des espaces de déambulations où figure une signalétique leur donnant des repères d'orientation. Le problème essentiel dans cette unité de vie est la cuisine qui n'est pas assez sécurisée : les plaques électriques sont accessibles ainsi que le four, ce qui se révèle être très dangereux pour nos parents. Seuls dans le jardin, les résidents risquent de tomber. Les encadrements des portes fenêtres sont trop hauts, ils ne pensent pas à lever les pieds pour les enjamber. »⁸³

L'existence de chambres doubles a également été mise en évidence. Or, la cohabitation n'est pas toujours facile d'autant plus avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. A l'entrée dans l'unité, le stade de la maladie peut être différent et les familles sont soucieuses pour leur parent. Ils acceptent difficilement l'obligation de cohabitation avec une personne vécue comme « dangereuse » pour eux.

⁸³Annexe III - Propos recueillis lors des entretiens avec les familles des résidents de l'UVP

L'unité de vie protégée, bien qu'en majorité agréable et fonctionnelle apparaît perfectible au regard des familles.

L'avis du personnel

Le personnel travaille dans l'UVP par choix. Lors de l'élaboration du projet, la psychologue, cadre référent a procédé à un management participatif avec les équipes. La conception de cette unité de vie s'est donc effectuée de concert.

D'après les membres du personnel interrogés, l'architecture de l'UVP a été conçue d'une manière fonctionnelle pour les résidents ainsi que pour le travail du personnel. Cependant : *« Nous manquons de place. Des salles d'atelier supplémentaires ne seraient pas superflues. Nous souhaiterions mettre au point un atelier esthétique, un atelier manucure, des jeux ludiques, cependant nous sommes limitées dans nos actions. De plus, cette unité manque de sécurité. »*⁸⁴

Un incident survenu dans la cuisine à visée thérapeutique a été abordé. L'équipe souhaite la fermeture de l'accès à la cuisine aux résidents pour des raisons de sécurité. *« Dernièrement, Mme D. est entrée dans la cuisine qui est à proximité de la salle de restauration et a tourné les boutons des plaques électriques. Un récipient vide se trouvait sur une plaque qui a chauffé tout l'après-midi sans que personne ne puisse s'en rendre compte. Nous couchons les résidents lorsqu'une fumée âcre s'est dégagée, l'alarme incendie s'est déclenchée et nous avons pu très vite stopper l'incident qui aurait pu être catastrophique. »* Des dispositions devront être prises rapidement afin de sécuriser cette unité au niveau de l'accès des résidents à la cuisine.

L'avis de l'ARS et du Conseil Général

Suite au dépôt du dossier le 23 août 2010 concernant la demande de labellisation du PASA, la visite de l'ARS et le Conseil Général s'est déroulée le 14 novembre 2012 en présence du groupe de travail sur le projet.

Suite à cette réunion, des observations sur les locaux et sur leurs dispositions ont été faites.

Le courrier de l'ARS et du Conseil Général a donc été très clair sur leur décision : *« Cette visite a confirmé que votre projet actuel prévoit la mise en œuvre des activités du PASA au sein des espaces utilisés pour l'accueil de jour et l'unité Alzheimer et l'accueil simultané des résidents de ces unités. Cette orientation ne répond pas aux préconisations du cahier des charges des PASA. Elle ne permet pas d'identifier précisément des locaux réservés au PASA, sauf à interdire l'accès de certains espaces aux autres résidents Alzheimer..... »* *« Par conséquent, il ne nous est pas possible de labelliser votre projet en l'état. Vous avez la possibilité de modifier celui-ci et de nous le présenter durant toute la durée du plan Alzheimer (fin 2012). »*

⁸⁴Annexe III - Propos recueillis lors des entretiens avec le personnel de l'UVP

Suite à ce courrier, j'ai mis en place un groupe de travail⁸⁵ sur la demande du Directeur, pour coordonner les actions nécessaires à l'instruction et à la finalisation du dossier.

Lors de cette réunion, la psychologue, a exposé les diverses contraintes (architecturales, restrictions budgétaires, pénurie de personnel qualifié), auxquelles serait confronté l'établissement si le projet PASA était poursuivi. De surcroît, l'ARS et le Conseil Général ont fixé des conditions concernant l'architecture du PASA qui mettrait en péril l'existence de l'UVP (discussion abordée le 14 novembre lors de la visite de l'ARS et du Conseil Général).

Après réflexion, le Directeur et son équipe ont choisi de repenser l'existant et de réorganiser l'UVP au regard des besoins de la population.

2.2.2 Les difficultés des professionnels à assurer la charge de travail

Un état des lieux

Dans l'unité de vie protégée, l'effectif du personnel se décompose comme suit :

- une aide-soignante (détachée auprès des personnes de l'accueil de jour)
- un hôtelier / animateur qui arrive en fin de matinée jusqu'à 19h30
- une AS de l'EHPAD arrive dans l'unité à 8h30 et effectue des toilettes jusqu'à 9h30
- les AS de l'EHPAD prennent le relais
- les infirmières de l'EHPAD se relaient au sein de l'unité

L'UVP ne dispose pas d'un personnel uniquement dédié à cet espace. Le temps de travail est partagé entre l'EHPAD et l'UVP.

N'ayant pas eu la totalité des postes accordés par l'ARS et le Conseil Général en ce qui concerne l'effectif de l'UVP, l'établissement a eu recours au recrutement de contrats comme les « contrats emploi solidarité » et les « contrats initiative emploi ». Cependant, courant juin 2011, le Conseil Général a annoncé la non reconduction de cette mesure faute de moyens financiers.

A partir de cette date, le manque de personnel est le problème majeur de l'unité de vie protégée auquel vient se rajouter la pénurie de personnel qualifié.

Les agents interrogés semblent totalement épuisés et en souffrance face à la charge de travail que demandent les personnes âgées atteintes de cette pathologie. Ils se sentent « enfermés » et évoquent un sentiment de « solitude », « d'isolement et de « manque de reconnaissance. » *« Même si c'est par choix que j'effectue mon travail au sein de cette unité, la charge est devenue trop « lourde » à porter. Le manque de moyen humain pèse sur l'organisation de l'unité mettant en difficultés le personnel et n'offrant*

⁸⁵ Directeur, attaché de direction, cadre de Santé, cadre Administratif, qualité, responsable de sécurité, animation, psychologue, responsable hôtelière, médecin coordonnateur

plus aux résidents une prise en charge de qualité. Nous sommes moins disponibles, nous ne prenons plus le temps de rentrer en contact avec eux. J'en suis désolée car la communication qu'elle soit verbale ou non est une base à ma fonction de soignante. »⁸⁶

La psychologue, exprime également ses difficultés au titre de l'organisation : « *Il m'est difficile de mettre en place un travail suivi avec aussi peu de personnel : les actions à visées thérapeutiques qui s'inscrivent dans une équipe ne peuvent avoir de suite. »⁸⁷*

Les familles à l'origine d'une « crise » inévitable mais cependant salutaire

Depuis la suppression des « contrats aidés » au sein de l'EHPAD et plus particulièrement, au sein de l'UVP, les familles des résidents occupent une place prépondérante. Ces familles, culpabilisées dans par le fait d'être dans l'obligation de placer leur parent au sein de l'établissement, se sentent indispensables auprès d'eux et assurent parfois le rôle des soignants.

Les personnes interrogées ont pu le faire remarquer par leur propos. Elles étaient en majorité satisfaites de l'accueil et de la prise en charge de leur parent jusqu'à la réduction des effectifs. « *Je suis présente tous les après- midi, je ne peux pas laisser ma mère seule (fille unique et proche de sa maman) et j'en profite pour la faire marcher car le personnel, en nombre insuffisant, n'a pas le temps. Il faut plus de personnel pour que les résidents bénéficient de plus d'attention. »*

Le 25 avril 2012, l'établissement a fait « la une » de Nice matin. Les familles, mécontentes et lasses de signaler auprès du Directeur et du Conseil Général qu'il manquait du personnel notamment dans l'UVP, ont contacté une journaliste qui a publié un article dans Nice matin. Le titre, « *A Cantazur, les conditions de vie sont indignes* » a été percutant, aussi bien pour le Directeur, que pour le personnel de l'EHPAD.⁸⁸ Suite à cet article, la chaîne régionale est venue visiter l'établissement et s'entretenir avec le Directeur, certains résidents ainsi que les familles présentes.

Cependant, cette démarche a permis à l'établissement de se voir attribuer et financer 1,5 poste d'agent afin de pallier le manque de personnel mis en évidence tout au long de l'article.

2.2.3 Un accueil de jour en difficulté de développement et un hébergement temporaire inexistant

L'accueil de jour : une activité à ses prémices

Ouvert depuis octobre 2009, l'accueil de jour de l'EHPAD « Cantazur », d'une capacité de 5 places, a débuté par un faible taux d'occupation (2 personnes par semaine soit la journée où la demi- journée). A ce jour, le taux d'occupation devient plus important

⁸⁶ Annexe III - Propos recueillis auprès d'une aide-soignante de l'UVP

⁸⁷ Annexe III - Propos recueillis auprès de la Psychologue, cadre référent

⁸⁸ Mais également pour les familles. En effet, il semblerait qu'elles aient été le « jouet » de la journaliste qui s'est emparée de l'affaire afin d'écrire un « article à sensation ».

(3 personnes parfois 4) mais la demande d'accueil n'est pas régulière. Néanmoins, selon les familles interrogées ayant leur parent en accueil de jour, elles sont satisfaites de la prise en charge. « *L'accueil est satisfaisant, j'ai été écouté par la psychologue et l'équipe.* »⁸⁹

Toutefois, elles ont une méconnaissance totale de l'hébergement temporaire.

Les difficultés de l'hébergement temporaire

En février 2011, un « flyer » publicitaire présentant l'unité de vie a été élaboré et distribué. Malgré les liens étroits entre l'établissement et le Centre Communal de l'Action Sociale de la ville de Cagnes sur mer, ou encore les établissements de santé locaux, il semble difficile de trouver des personnes intéressées et répondant aux critères d'admission de l'hébergement temporaire.

Il est vrai que les personnes accueillies dans l'unité au titre de l'hébergement permanent et dont la pathologie serait la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, sont des personnes qui ne peuvent plus être maintenues à domicile. Par conséquent, si une personne est intéressée par l'hébergement temporaire, ce mode d'accueil devient rapidement permanent. En outre, dans la notion de perte de repères liés à ces pathologies, il semblerait que les séjours en hébergement temporaire puissent engendrer beaucoup plus de désorientations par des allers-retours vers ces structures de répit.

Enfin, les coûts financiers que devraient assumer les familles par l'institutionnalisation de leurs parents laisseraient assumer financièrement le coût de l'hébergement augmenté des charges diverses liées au domicile principal de la personne accueillie.⁹⁰

Ces éléments peuvent expliquer la difficulté de « recrutement » dans cette structure, difficulté accrue par l'augmentation du coût de la vie.

Face à ces difficultés, le Directeur a demandé à l'ARS et au Conseil Général de passer la capacité de 5 à 3 lits en juillet 2011 pour la supprimer en 2013. Par conséquent, la demande de suppression de l'hébergement temporaire ayant été formulée, le Directeur souhaite, augmenter la capacité de l'accueil de jour de 5 places à 8 places.

2.3 La spécificité de l'EHPAD « la Vençoise » : une offre d'hébergement unique

Si l'EHPAD « Cantazur » a su évoluer selon les besoins de la population, les modes d'accueil de l'EHPAD « la Vençoise » n'offre, actuellement, qu'un hébergement permanent induisant ainsi une mixité contrainte des résidents (2-3-1) dans un lieu où liberté et sécurité sont difficilement conciliables (2-3-2). Une perspective d'évolution a cependant été pensée mais son parcours a subi plusieurs retards (2-3-3)

⁸⁹ Annexe III - Propos recueillis lors de l'entretien avec les familles de l'accueil de jour

⁹⁰ Note du directeur en réponse à l'ARS et au Conseil Général en date du 15 février 2011

2.3.1 L'hébergement permanent : mode d'accueil unique qui contraint à la mixité des résidents

De nombreuses demandes d'admission ne peuvent être honorées

Les personnes qui entrent en institution sont à présent de plus en plus âgées et souffrent souvent de pathologies démentielles.

Les résidents de l'EHPAD « la Vençoise » ont un âge moyen de 86,28 ans, et bien que la maladie d'Alzheimer ne soit pas systématiquement diagnostiquée, certains souffrent de troubles du comportement parfois gênants et perturbateurs.

En raison d'un mode d'accueil unique et non spécialisé, les demandes d'admission sont contrôlées avec soins. Le médecin coordonnateur, la psychologue et le cadre de santé effectuent ce travail en coordination et y apportent le plus grand soin. La liste d'attente est importante. Elle comporte environ une centaine de dossiers. Les demandes d'admission concernant la population diagnostiquée maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés n'ont pas de suite favorable. Par conséquent, de nombreuses familles se trouvent dans l'obligation de rechercher un autre établissement éloigné de leur domicile et surtout plus onéreux (établissement privé).

Les entretiens avec les familles révèlent un niveau de satisfaction raisonnable par rapport à l'établissement dans son ensemble. Cependant, elles seraient très favorables pour l'ouverture d'une unité Alzheimer car « *actuellement, l'établissement n'est pas adapté, il y a des « fugues », il n'y a pas assez de sécurité, il n'est pas fermé.* »⁹¹

Une mixité contrainte pour les résidents et pour le personnel

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés ne sont pas, actuellement, admises dans l'établissement. Cependant, si la maladie n'est pas diagnostiquée avant l'entrée dans l'institution, elle peut l'être durant son séjour, dans ce cas, se pose le problème de la mixité des résidents. Actuellement, 50 résidents⁹² sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à l'EHPAD « la Vençoise ».

Etant aux débuts de la maladie, les résidents restent dans l'établissement tant que leur bien-être n'est pas compromis et que leur attitude ne met pas en cause la qualité de vie des autres résidents. J'ai pu constater lors de mes visites dans la structure, les difficultés que pouvaient générer la cohabitation des résidents atteints de symptômes psycho-comportementaux (agressivité verbale ou physique, agitation) et les autres résidents. Ces derniers les déconsidèrent ou les rejettent. Elles sont « l'effet miroir » et donc la crainte de ce qu'ils peuvent devenir.

Le premier étage de la structure est dédié aux résidents atteints de ces troubles. Le fait de les rassembler permet de mieux les gérer en cas de déambulation ou de tentatives de sorties inopinées. Sans vouloir les stigmatiser, l'établissement souhaite préserver les autres résidents et éviter les conflits. Mais est-ce bien la solution ?

⁹¹ Annexe III - Propos recueillis lors des entretiens avec les familles des résidents de l'EHPAD la Vençoise

⁹² Rapport médical du médecin coordonnateur de l'EHPAD la Vençoise

Lors des entretiens avec le personnel soignant⁹³ de l'EHPAD « la Vençoise », à la question : « La structure répond-elle aux besoins actuels des personnes âgées accueillies ? » A l'unanimité, les agents ont répondu : « *la structure n'est pas adaptée pour les personnes Alzheimer ou symptômes apparentés, il n'y a pas de moyen de surveillance, ils peuvent fuguer, tomber, personne ne pourra s'en apercevoir.* ⁹⁴ Il est nécessaire de créer un secteur fermé, de former du personnel et d'effectuer ce travail sur la base du volontariat. » ⁹⁵

Il semblerait que le personnel soit également en difficulté en ce qui concerne la gestion de la mixité des résidents. « *Il manque du personnel et nous ne sommes pas formés pour prendre en charge convenablement les personnes atteintes de cette pathologie et cette agressivité qui en dépend.* » ⁹⁶

Une perspective d'évolution retardée

Lors des entretiens avec le Directeur et la personne chargée des missions juridiques de l'établissement, la perspective du projet de pôle gériatrique avait été abordée en 2005. Une étude des besoins et une enquête auprès de la population vençoise ont été effectuées. L'établissement a ensuite fait passer en CROSMS (Comité Régionale d'Organisation Sociale et Médico-Sociale), un dossier pour un espace gériatrique. Une autorisation d'extension a été donnée le 20 avril 2007 (validité de 3 ans⁹⁷), portant la capacité totale de l'établissement à 128 lits d'hébergement permanent, dont 11 places d'hébergement spécialisé dans la maladie d'Alzheimer, habilitées à l'aide sociale, 4 lits d'hébergement temporaire et 5 places d'accueil de jour pour des personnes souffrant de la maladie.

Les subventions promises ont fini par être débloquées, à charge pour le Directeur de prouver que les travaux avaient bien débuté. Le projet a, cependant, encore une fois été retardé. Le permis de construire, bien qu'un accord de principe ait déjà été donné, doit être validé en septembre 2012 suite au plan local d'urbanisme.

2.3.2 Liberté d'aller et venir et sécurité à l'EHPAD « la Vençoise » : difficilement conciliable

Approche générale

Le droit à la sécurité est une des raisons prioritaires des familles motivant l'entrée en institution de leur parent : une sécurité qui n'est plus possible à domicile. La liberté d'aller et venir du résident est définie comme le libre accès aux espaces intérieurs et

⁹³ ASH – AS - IDE

⁹⁴ Annexe III -Propos recueillis lors des entretiens avec le personnel de l'EHPAD la Vençoise (IDE)

⁹⁵ Annexe III - Propos recueillis lors des entretiens avec le personnel de l'EHPAD la Vençoise (IDE)

⁹⁶ Annexe III - Propos recueillis lors des entretiens avec le personnel de l'EHPAD la Vençoise (AS)

⁹⁷ Article L313-1- Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 92 (V) JORF 22 décembre 2006
« Toute autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans à compter de sa date de notification. »

extérieurs au sein de l'EHPAD. Elle pose également le problème de l'accessibilité et de l'accès sécurisé à ces espaces.⁹⁸

En l'occurrence, le résident doit se sentir libre d'aller et venir sans entrave à sa liberté. Ce dilemme entre liberté et sécurité nécessite une conciliation permanente entre les deux.

Libre et sécurisé à titre individuel

L'établissement ne possédant pas d'unité spécialisée, les résidents atteints de troubles psycho-comportementaux légers ou sévères sont livrés à eux-mêmes par manque de surveillance, pouvant, parfois, se mettre en danger inconsciemment.

Tout d'abord, l'EHPAD ne possède pas d'espace de déambulation où le résident peut errer en toute sécurité. L'absence d'un lieu fermé pose également le problème des départs imprévus ou des errances, la personne étant désorientée. Certes, les résidents sont équipés d'un appareil de téléalarme mais ce système ne localise pas les résidents dans l'établissement.

La taille de la structure peut développer un sentiment d'insécurité et une difficulté à se repérer, y compris pour des résidents qui n'ont pas de troubles de l'orientation. Les circulations dénotent une luminosité insuffisante par manque de lumière naturelle et également, par la couleur sombre des revêtements muraux des couloirs. Ce manque d'éclairage peut être source d'anxiété et générer des difficultés d'aller et venir librement risquant la chute à tout moment.

Le signalement d'évènements indésirables notifiés par les services ou les familles est la seule méthode de détection de défauts d'organisations soit de sécurité. En conclusion, la liberté du résident n'est pas entravée au sein de la structure mais on peut noter une sécurité insuffisante au regard de la population accueillie.

L'accès des espaces extérieurs doit être facilité. Bien que munis de deux ascenseurs, l'EHPAD « la Vençoise » connaît des heures (moment des repas) difficiles à gérer : deux ascenseurs paraissent insuffisants. Le résident désorienté ne parvient pas toujours à identifier les lieux. Il nécessiterait un accompagnement individuel mais qui ne peut être mis en œuvre par manque de moyens humains.

Le jardin derrière l'établissement est donc accessible par les ascenseurs mais il n'est pas clos, d'où le risque d'errance pour les personnes en difficulté de repères temporo-spatiaux. L'entrée et la sortie de l'établissement, non surveillée, donne dans une rue très passagère où se trouve une école primaire à proximité du centre-ville.

Libre et sécurisé à titre collectif

La personne atteinte de troubles du comportement véhicule le risque de passage à des actes violents. Il n'est pas rare de voir certains résidents commettre des actes de

⁹⁸ ANESM – Bienveillance – Analyse nationale 2010 – Déploiement des pratiques professionnelles en établissement pour personnes âgées

violences sur d'autres résidents ou sur les professionnels. Les rencontres lors des animations ou des sorties, ainsi que les repas avec les autres résidents, peuvent également se transformer en pugilas. Ces manifestations d'agressivité sont les signes essentiels d'une prévention indispensable pour le résident et les autres acteurs de l'institution.

Dans l'EHPAD, le nombre insuffisant de personnel et donc de surveillance, associé à une méconnaissance des spécificités de la population accueillie, engendrent « une liberté de fait du résident » pouvant se mettre en péril et occasionner des dangers pour la collectivité.

La conciliation liberté et sécurité est un équilibre difficile à trouver. Une prise en charge adaptée, individuelle et à réajuster en fonction des évolutions de chaque individu est une solution à ce dilemme. Cependant, elle doit être mise en place dans le contexte d'un mode d'accueil en accord avec les pathologies des résidents.

2.3.3 *Un manque d'accompagnement individualisé*

Un projet personnalisé inexistant

La prise en charge des personnes âgées dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés est une prise en charge spécifique qui engendre une vision de la personne dans sa globalité. Elle nécessite un suivi individuel qui doit accompagner l'évolution de la maladie. Le projet personnalisé est un outil totalement adapté à cette population et à cette démarche. Il a pour objectif principal : la qualité de vie du résident.⁹⁹

Or, dans l'EHPAD « la Vençoise » comme dans l'EHPAD « Cantazur », le projet personnalisé n'est pas encore mis en place. L'évolution des troubles est précisée dans le dossier de soins ainsi que l'évaluation des besoins de la personne, mais il n'existe encore aucun projet personnalisé formalisé permettant une prise en charge spécifique et un réel suivi.

Un accueil personnalisé défaillant

Les équipes déplorent qu'il n'y ait pas de régularité dans la démarche consistant à la visite de préadmission. Elle permettrait de limiter les entrées « inappropriées » de certains résidents atteints de pathologies ne pouvant être prises en charge convenablement par la structure.

Les modalités d'accueil des nouveaux résidents ne sont pas toujours respectées : l'entrée du résident s'effectue souvent rapidement (sortie de l'hôpital) sans prendre le temps auparavant de visiter l'établissement et sans son consentement éclairé.

L'accueil personnalisé semble difficile à mettre en œuvre face au manque de

⁹⁹ ANEMS : accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social

personnel en nombre et en qualification. Les divers entretiens effectués auprès des familles mettent en évidence, un niveau de satisfaction correct mais à parfaire notamment au niveau des démarches administratives. Une famille s'est plaint de n'avoir été renseignée que partiellement en ce qui concerne les démarches pour l'APA.¹⁰⁰

Les animations à visée thérapeutique comportent des lacunes

L'EHPAD « la Vençoise » dispose de 2 postes d'animatrices.

Le personnel soignant de l'établissement ne s'investit pas dans cette démarche. Le manque de volonté pourrait être invoqué, mais la réalité est autre. L'absence de personnel suffisant génère l'impossibilité de détacher un agent qui pourrait se consacrer occasionnellement à l'animation. De nombreuses activités sont offertes et peuvent se pratiquer en groupe (sorties, lotos, musique, jeux de cartes...) ou de manière individuelle (esthétique, lecture, moments de détente..) en faveur des personnes âgées dépendantes accueillies afin de maintenir leur autonomie, lutter contre l'isolement et entretenir le lien social.

L'établissement est un lieu qui vit. Certains résidents sont assidus aux activités. Cependant, comme dans beaucoup de structures, les mêmes résidents s'investissent et présentent tous le même profil : semi-valides ou valides. Les personnes âgées les plus dépendantes préfèrent rester à l'écart ou dans leur chambre.

Les personnes souffrant de troubles du comportement ne bénéficient pas d'animations adaptées à leur pathologie. Afin d'adapter les activités à ces résidents, le cadre psychologue de l'EHPAD « la Vençoise » dirige le service et forme les agents à des animations à visées thérapeutiques. « *Ces interventions concourent au maintien et à la réhabilitation des fonctions cognitives et sensorielles et au maintien du lien affectif et social.* »¹⁰¹ Elles doivent être effectuées par un personnel formé à cet effet.

Dans l'EHPAD, ces animations sont essentiellement orientées sur la cognition par des ateliers mémoires. Les activités concernant l'autonomie fonctionnelle sont proposées par un éducateur physique externe.

Les résidents atteints de troubles du comportement nécessitent une stimulation importante pour les inciter à participer à ces animations. En l'occurrence, ils sont peu nombreux. Le temps de travail de la psychologue (50 % sur les 2 structures) apparaît insuffisant au regard des besoins et le personnel n'est pas suffisamment sensibilisé à ces interventions à visée thérapeutique.

Cette réflexion met en évidence les atouts et les limites des modes d'accueil de l'EHPAD « Cantazur » et l'EHPAD « la Vençoise ». Le Directeur, conscient des lacunes et des besoins d'une population en évolution, est porteur d'un projet visant la diversification des modes d'accueil entre les deux établissements. Cette offre nouvelle concerne donc l'EHPAD de Vence qui va s'engager dans une restructuration et une organisation d'un

¹⁰⁰ Annexe III - Propos recueilli lors des entretiens avec les familles de l'EHPAD la Vençoise

¹⁰¹ ANESM : recommandations pour l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer en établissement médico-social

pôle gérontologique en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentées.

Ce dernier chapitre précise les modes d'accueil de ce pôle et les recommandations à mettre en œuvre pour que ce projet soit en adéquation avec la demande de la population et devienne une richesse pour l'existant.

3 Vers un pôle gériatologique au sein de l'EHPAD « la Vençoise » : une adaptation nécessaire des modes d'accueil et une richesse pour l'existant

Si les EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise », établissements sociaux et médico-sociaux sont soumis à des obligations réglementaires, celles-ci se sont avérées des outils profitables à l'élaboration du projet du pôle gériatologique (3.1). Ce projet vient restructurer l'EHPAD « la Vençoise » dans un souci d'optimisation des services (3-2). Cependant, des recommandations sont à mettre en application afin de faire de ce projet, un véritable succès (3-3)

3.1 Des obligations réglementaires profitables au projet

Tout d'abord, l'évaluation interne atteste le besoin d'un pôle adapté à la population atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés (3-1-1). Ensuite, le projet d'établissement qui en découle vient concrétiser la démarche de restructuration de l'EHPAD en faveur de de cette population (3-1-2). La préparation à l'évaluation externe finalise et affirme le rôle essentiel d'un pôle gériatologique au sein de l'établissement (3-1-3)

3.1.1 Le résultat de l'évaluation interne atteste ce choix pertinent

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'Action Sociale et Médico-sociale, dans son axe 4, soumet les établissements sociaux et médico-sociaux, à un engagement d'auto-évaluation tous les 5 ans et à une évaluation externe tous les 7 ans. Elle a pour objectif premier « *d'améliorer la qualité des prestations pour les résidents.* »¹⁰²

L'évaluation interne de l'EHPAD « la Vençoise » a été effectuée dans ce contexte le 10 mai 2010. Le Conseil Général des Alpes Maritimes a mandaté le CLEIRPPA¹⁰³ (Centre de Liaison et d'Etude d'Information et de Recherche sur Les Problèmes des Personnes Agées), dans le cadre du suivi des établissements pour personnes âgées dépendantes dans le département. Cette évaluation a servi d'audit à l'établissement qui devait renouveler à cette période sa convention tripartite.

Cette démarche a permis de mettre en évidence tous les points forts de l'établissement mais également tous les points à améliorer.

L'EHPAD « la Vençoise » est reconnu comme un établissement innovant dans de nombreux domaines tant au niveau de son fonctionnement (Conseil de la Vie Sociale ouvert au public, un comité local de bientraitance et de vigilance contre la maltraitance),

¹⁰² ANESM : L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

¹⁰³ Le CLEIRPPA a développé une expertise qu'elle met au service des politiques locales (Conseils généraux, communes, intercommunalités....) dont notamment avec le Conseil général des Alpes Maritimes dans le cadre de l'évaluation de ses EHPAD

que dans ses projets (projet de pôle gérontologique avec l'équipement de chambres domotiques). Lors de l'évaluation, le projet a été abordé.

Il n'existe aucun lieu spécifique pour accueillir les personnes atteintes de troubles cognitifs. Il a été noté que seul, le premier étage de la structure est dédié aux personnes âgées les plus dépendantes et les plus désorientées. Ce secteur s'avère insuffisant tant au niveau de la superficie qu'au niveau de la prise en charge.

Dans le rapport de l'évaluation interne, des préconisations d'amélioration ont été avancées mettant en évidence la pertinence du choix d'un pôle gérontologique : *» Le futur projet de plateforme gérontologique devrait apporter une réponse spécifique à la question de l'accompagnement de la population dépendante psychique. Mais attention à ce que ce projet n'isole pas les résidents qui en souffrent et leur famille. »*¹⁰⁴

3.1.2 Le projet d'établissement : une feuille de route pour l'évolution et l'adaptation de la structure au profit des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés

Le projet d'établissement a été élaboré par un groupe de pilotage pluridisciplinaire, composé de représentants des EHPAD de Vence et Cagnes sur Mer.¹⁰⁵ A la tête de ce comité, le Directeur impulse les orientations de ce projet. Cette démarche a été élargie, en 2007/2008, auprès de l'ensemble des professionnels ainsi que des résidents et familles. Des enquêtes personnalisées et des réunions à thèmes ont été organisées. Son élaboration ainsi structur e a permis de fédérer les équipes autour des valeurs communes et de relancer une dynamique autour de ce projet. Réalisé sur la période 2008/2012, il a été finalisé et validé pour une période de 5 ans. Le projet d'établissement de l'EHPAD « la Vençoise » détermine les axes stratégiques de l'établissement pour les prochaines années.

Par ailleurs, ce projet est également guidé par la prise en compte des avancées gérontologiques autour des grands axes de l'évolution du vieillissement humain, ainsi que dans la mise en œuvre des mesures du plan Alzheimer 2008-2012, qui nécessitent de faire évoluer parallèlement les pratiques institutionnelles.¹⁰⁶ ¹⁰⁷Il a pour perspectives générales « *Donner un meilleur vivre aux personnes hébergées* » et « *la création d'une unité de vie protégée* ». ¹⁰⁸ Ce projet d'établissement se compose de plusieurs volets : l'établissement dans son environnement, le projet de vie, le projet de soins et le projet

¹⁰⁴ Rapport des évaluations des établissements des Alpes Maritimes : CLEIRPPA – EHPAD LA VENCOISE

¹⁰⁵ Directeur - Médecins coordonnateurs – Cadres de santé – IDE – Cadres hôteliers – Attaché d'administration

¹⁰⁶ Circulaire N DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées –

¹⁰⁷ Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C n  2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, Bulletin Officiel n 2005-4 : Annonce n 37,

¹⁰⁸ Annexe III - Propos du directeur pour qualifier les objectifs du projet d'établissement

social en définissant tout au long de sa rédaction les politiques spécifiques à développer dans l'établissement.

Il a été élaboré afin d'être une feuille de route à la conduite des projets de l'EHPAD « La Vençoise » avec, pour objectif principal, la création d'un pôle gériatologique en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. L'étude effectuée auparavant démontre un réel besoin en unité spécifique. Dans ce cadre, le projet d'aménagement d'un pôle pour des personnes démentes a paru particulièrement adapté et va permettre aux personnes âgées habitant à Vence ou dans les environs, de bénéficier, des solutions d'accueil graduées.

3.1.3 L'évaluation externe : une démarche enrichissante pour le projet

La préparation à l'évaluation externe : la vision des acteurs

La démarche concernant l'évaluation externe de l'EHPAD « la Vençoise » a débuté par une préparation. Dans le cadre de mon stage professionnel, le Directeur m'a demandé d'effectuer cette mission transversale qui m'a permis de m'imprégner de toutes les problématiques inhérentes au fonctionnement des EHPAD.

En effet, afin de cerner au préalable les points forts de l'établissement et les axes d'amélioration susceptibles d'être proposés, des entretiens ont été menés avec les principaux acteurs de l'institution, les familles et le personnel. Lors de ces échanges, il est nettement apparu le manque d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés.¹⁰⁹ Si pour les familles, la prise en charge demeure globalement satisfaisante, ces entretiens ont mis en exergue les difficultés engendrées par l'absence, dans la structure, d'un secteur « fermé » permettant la déambulation en toute sécurité, limitant les chutes et notamment les départs impromptus.

En ce qui concerne les aides-soignantes, les infirmières et les ASH (Agents des Services Hospitaliers), le travail effectué auprès des personnes âgées ne correspond pas totalement à leur souhait. Bien que formées à la prise en charge des personnes démentes et à la bientraitance, elles restent dubitatives quant à la qualité de leur soin et déplorent les risques de maltraitance souvent inconscients occasionnés par le manque de temps, de qualification et surtout de problèmes architecturaux.¹¹⁰

Les cadres tentent d'améliorer les conditions de travail du personnel et les conditions de vie des résidents. Mais dans ce contexte, seul l'élaboration d'un pôle gériatologique pourrait amener une qualité supérieure pour tous les acteurs et un confort de vie pour les résidents.

¹⁰⁹ Annexe III - Propos recueillis lors des entretiens avec les familles des résidents de l'EHPAD la Vençoise

¹¹⁰ Annexe III - Propos recueillis lors des entretiens avec les agents de l'EHPAD la Vençoise

L'évaluation externe : la vision de l'organisme mandaté

L'organisme en charge de l'évaluation externe de l'EHPAD « la Vençoise » a choisi d'articuler son évaluation autour de 3 axes :

- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne ;
- Analyser, au travers du projet d'établissement, la réponse apportée par l'EHPAD «la Vençoise» à l'évolution de la commande sociale et d'analyser les modes de gouvernance, d'organisation et de fonctionnement mis en place pour apporter un accompagnement individualisé adapté aux besoins et attentes des résidents ;
- Analyser l'accompagnement individualisé proposé aux résidents afin d'évaluer la mise en complémentarité de l'activité de soins avec la prise en charge sociale et médico-sociale ;¹¹¹

Confirmation de la pertinence du projet de pôle gérontologique

Au regard de ces analyses, le fonctionnement et l'organisation de l'EHPAD « la Vençoise » est en partie satisfaisante. Cependant, des préconisations ont été amenées afin d'améliorer certains points faibles énoncés. Trois axes sont donc à améliorer :

- La prise en charge des personnes Alzheimer et de troubles apparentés : L'EHPAD devra finaliser, « le plus rapidement possible », le projet de pôle gérontologique afin que les résidents puissent disposer d'un niveau de confort et d'équipement très élevé et d'une diversification des modes de prise en charge.
- Le projet de vie personnalisé : Il serait souhaitable de développer des actions afin de le finaliser pour 2013
- L'informatisation du dossier et du suivi de soins : le logiciel concernant le dossier de soins devrait être revu

L'évaluation externe vient donc renchéris l'évaluation interne et le projet d'établissement avec le même objectif qui devient une nécessité : la construction du pôle gérontologique.

3.2 Un Pôle gérontologique au sein de l'EHPAD « la Vençoise » : une optimisation des services

Le projet de pôle gérontologique au sein de l'EHPAD « la Vençoise » répond aux exigences de modes d'accueil de la circulaire interministérielle (3-2-1) en offrant la domotique pour confort de l'utilisateur (3-2-2) et en proposant un projet innovant au profit du résident et de sa famille (3-2-3).

¹¹¹ Pré rapport d'évaluation de l'organisme habilité par l'ANESM à l'évaluation externe

3.2.1 *Plusieurs modes d'accueil au sein du pôle au regard du plan Alzheimer 2008/2012 et de la circulaire interministérielle n°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 (Annexe 2)*

Une réflexion autour du projet du pôle gérontologique

L'aile de l'EHPAD « la Vençoise » appelée « St Jacques » est en partie désaffectée. Par conséquent, le Directeur et son équipe a choisi la continuité, en proposant la construction du pôle gérontologique juxtaposée au bâtiment existant.

Comme le démontre l'analyse des besoins effectuée ci-dessus lors des évaluations interne et externe, le développement de l'offre à Vence apparaît ainsi comme une solution pertinente pour les personnes âgées résidant actuellement dans l'EHPAD « la Vençoise », mais également pour les populations isolées dont les territoires ne recensent pas suffisamment d'habitants pour y installer des structures. Il était nécessaire de trouver des solutions aux populations les plus enclavées en raccourcissant leur durée de trajet. Le souci de l'équité territoriale est affirmé.

Le pôle gérontologique doit être défini, dans un premier temps, comme étant une unité proposant des modes d'accueil diversifiés afin d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ainsi que des personnes âgées très dépendantes ou ayant un handicap physique élevé.

Dans un deuxième temps, il aura également pour vocation d'être un espace d'activités physiques et d'accompagnement psychologique ouvert pour la commune et l'intercommunalité. Un espace de formation en rapport avec les connaissances de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou atteintes de la maladie d'Alzheimer pourra se développer afin de former le personnel de l'établissement et plus tard, des professionnels extérieurs.

Par ailleurs, une politique de développement de l'offre médico-sociale doit intégrer l'hétérogénéité de la population ciblée. D'où la nécessité d'intégrer dans ce pôle, en sus des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, des personnes très dépendantes ou handicapées physiques qui pourront bénéficier des prestations de l'établissement. Dans cette optique, le projet de l'établissement « la Vençoise » est de répondre à la fois de manière morcelée aux besoins des personnes âgées dans leur hétérogénéité et de simplifier les parcours médico-sociaux des populations rurales.

Des modes d'accueil très diversifiés

Lors de l'élaboration de son projet, l'EHPAD « la Vençoise » a, avant tout, procédé à l'étude des besoins. Cette étude a déjà été abordée auparavant.¹¹² Cette démarche a été dirigée également en rapport avec le « Plan Alzheimer 2008-2012 » et la circulaire interministérielle n°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 (Annexe 2).

¹¹² Cf. 1-3-3 A) Les nécessités d'adapter les modes d'accueil aux besoins de la population

Dans son projet, le pôle gérontologique comprend en sus des 108 lits :

- 11 lits d'hébergement permanent scindés comme suit :
 - 4 lits d'hébergement permanent réservé pour l'accueil des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer accompagnés d'un PASA¹¹³
 - 2 chambres équipées de domotique pour personnes handicapées physiques ou très dépendantes
 - 5 places d'hébergement de longue durée,
 - 4 lits d'hébergement temporaire dont 1 chambre de « SAMU médico-social »¹¹⁴
 - 5 places d'accueil de jour
- L'EHPAD obtient donc sa capacité de lits autorisés, soit 128 lits.

Un projet qui devra correspondre à la population accueillie et aux normes règlementaires

Le pôle gérontologique se présentera sur 3 niveaux.¹¹⁵

Le rez-de-jardin sera consacré à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées. Ainsi, afin de réaliser les ateliers d'activités (atelier mémoire, musicothérapie, espace de psychomotricité, atelier de stimulation de la parole) dans le projet de prise en charge, et cela dans des conditions optimales, une salle d'accompagnement psychologique et une salle d'exercice physique sont prévues.

Le premier étage sera consacré à l'hébergement permanent pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et pour personnes âgées handicapées ou très dépendantes. Six chambres individuelles leur seront destinées dont deux entièrement domotisées. Chaque chambre aura une superficie de 24,10 m² et les deux chambres domotisées seront de 26,40 m². Les normes de qualité pour les chambres individuelles en EHPAD étant d'environ 20 m², la superficie proposée est agréable.

Deux salons réservés aux familles, un espace de restauration avec cuisine équipée (afin de faire participer le résident au dressage de la table) et une infirmerie relais pour une surveillance optimale des personnes âgées vivant à cet étage, occupent également cet étage.

Le deuxième étage sera destiné aux 5 places d'accueil de jour et 4 lits d'hébergement temporaire pour personnes âgées atteintes de troubles démentiels. Les chambres individuelles auront une superficie de 19,30 m². Des salles d'activités et de créativité seront mises à leur disposition avec, pour le confort des résidents et des familles, des salons de télévision et détente et un lieu de restauration.

¹¹³ Circulaire interministérielle n°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010- Annexe 2- mesure 16 « *Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux* »)

¹¹⁴ Plan Alzheimer 2008-2012 : (mesure 1 « *Développement et diversification des structures de répit* »)

¹¹⁵ Annexe IV – Plan pôle gérontologique

Cet étage a privilégié les espaces spécifiques. L'atout majeur de ce niveau sera le jardin thérapeutique suspendu qui permettra aux personnes âgées accueillies au sein du pôle gériatrique de profiter d'ateliers de stimulations olfactives et sensorielles afin permettre aux résidents de rester en contact avec l'environnement et de conserver les repères des saisons.

Un balcon longeant toute la façade offrira un espace de déambulation totalement dégagé d'obstacle et indispensable aux personnes démentes.

A cet étage, le PASA pourra se développer. Cependant, il devra répondre au cahier des charges,¹¹⁶ c'est à dire rajouter un WC et une douche afin de respecter les normes indiquées.

Le dernier et troisième étage sera réservé à l'hébergement permanent de personnes âgées dépendantes. Il sera composé de 5 chambres spacieuses d'une superficie de 24,10 m². Un espace d'activité polyvalente, un salon détente, un espace de psychomotricité équipé de tous les accessoires de stimulations utiles aux kinésithérapeutes intervenant au sein de l'établissement et un jardin intérieur aménagé compléteront les espaces offerts aux résidents du pôle gériatrique. Il bénéficiera comme le deuxième étage, d'un balcon longeant toute la façade pour offrir un nouvel espace de déambulation.

3.2.2 Un apport supplémentaire pour l'usager : la domotique en corrélation avec le quotidien du résident

Les nouvelles technologies : pour un mieux vivre à l'EHPAD « la Vençoise »

Il a été question, lors de l'élaboration du projet d'établissement de l'EHPAD, d'adapter l'offre aux besoins des résidents en termes de personnalisation de l'accompagnement et de respect des droits des personnes en intégrant les nouvelles technologies et la domotique.¹¹⁷

Dans ce cadre, au niveau du premier étage, il est important de noter une nouveauté dans le projet, en rapport avec la recommandation de l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). En effet, deux chambres seront entièrement domotisées.

La domotique est « *un ensemble de techniques qui permet l'automatisation de la maison (confort, sécurité, énergie).* »¹¹⁸ Elle fait partie de la « *gériatotechnologie qui consiste à créer des environnements technologiques au service de la santé, de la sécurité, de la mobilité, de la communication, des loisirs des personnes âgées et plus*

¹¹⁶ Annexe V - Cahier des charges PASA – UHR

¹¹⁷ ANESM – Qualité de vie en EHPAD (volet 2)

¹¹⁸ Définition dictionnaire

*généralement la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants aussi bien professionnels que familiaux. »*¹¹⁹.

L'utilisation de ces nouvelles technologies est une aide pour atténuer certains effets de la perte d'autonomie des personnes âgées, en consolidant le lien social, en se faisant assister, tout simplement, en aidant à mieux vivre. Elle sait prendre en compte les spécificités du grand âge telles que le polyhandicap, les poly-pathologies, ou les troubles du comportement.

Parmi ces nouveaux procédés, les deux chambres prévues à cet effet, seront munies de volets électriques reliés à une télécommande, boîtier qui, d'ailleurs, centralisera également le fonctionnement de la télévision, de l'appel malade et de l'éclairage de la chambre. Un visiophone complètera l'équipement de ces deux chambres.

Il sera question, également, d'instaurer la géolocalisation. Elle consiste, sous forme de bracelets ou de balises, à repérer les errances des personnes âgées. Cette technologie est mise en place dans une démarche de sécurité pour le résident.

Une démarche aidante pour les professionnels de l'EHPAD

Actuellement, le personnel de l'EHPAD ne possède que très peu de connaissance concernant la domotique. Les entretiens avec les professionnels ont permis de révéler cette lacune. Après explication, la possibilité d'adapter ces nouvelles technologies à la prise en charge des résidents en EHPAD leur a paru très intéressant et aidant. Cependant, des formations devront être dispensées afin d'affranchir les agents à cette technologie.

L'installation d'un visiophone dans les deux chambres sera une expérimentation qui permettra d'évaluer les bénéfices de cet aménagement. Il est vrai que les professionnels reçoivent de nombreuses sollicitations des résidents par les appels malades, et souvent pour des raisons non urgentes. Un inconvénient difficile à gérer surtout lorsque l'établissement manque de personnel soignant. Les professionnels pourront ainsi entrer en communication plus facilement avec le résident pour connaître l'objet de l'appel, le degré d'urgence de celui-ci et limiter les déplacements inutiles.

La géolocalisation peut être une solution au problème des errances des résidents. Les familles et les membres du personnel interrogés à ce sujet vivent dans la crainte de ces départs imprévisibles. Plusieurs épisodes se sont déjà produits. Les familles souhaitent qu'une évolution dans la prise en charge permette de réduire ce risque.

Quant au personnel, la structure actuelle n'étant pas adaptée aux personnes âgées souffrant de troubles du comportement et de déambulation, souhaitent ardemment que le pôle gérontologique propose un palliatif à ce problème. J'ai abordé la question de la géolocalisation que j'ai définie au préalable. Pour les familles, ce système revêt un

¹¹⁹ TECHNOLOGIE ET SANTE « Innovation au service du grand âge quel apport des technologies en établissement » - juin 2009 – n°67

caractère sécuritaire. Cependant, les avis du personnel sont plus mitigés. Le risque « d'entrave à la liberté » est avancé engendrant, pour eux, un souci d'éthique.

La domotique : à utiliser avec tact et mesure

La domotique est souhaitée, en partie, par les personnes âgées, les familles, les soignants. Elle est facilitatrice dans l'accompagnement et la prise en charge de la personne âgée. Cependant, certaines technologies sont susceptibles d'apporter des objections.

A la domotique s'oppose le problème de l'éthique. En effet, j'ai pu constater les réactions des agents lors de mes questions sur la géolocalisation. Celle-ci sera sous forme de bracelets à port permanent grâce à une clé empêchant le porteur de l'enlever et munis de GPS (Global Positioning System). Des mots forts ont été prononcés : le non-respect de la liberté du résident. Le résident peut sentir sa liberté entravée et de ce fait, se sentir maltraité.

La technologie ne doit pas être perçue comme intrusive, elle doit être acceptée et s'appuyer sur une éthique respectueuse de la personne.

Ainsi, lors de la mise en place de la géolocalisation ou du visiophone à l'EHPAD «la Vençoise», il sera nécessaire, au préalable, de recenser les besoins car la domotique doit être déclinée en fonction des nécessités de la personne. Eventuellement, l'instauration d'une prescription et d'un suivi médical peut permettre une utilisation de cette technologie d'une manière raisonnée et sans abus en respectant le consentement et la vie privée de la personne.

Avant toute action, il sera recommandé d'informer le résident et les familles, de les informer sur cette nouvelle technologie, notamment pour le boîtier qui commandera les volets électriques, la télévision....et ne pas omettre le consentement éclairé de la personne âgée. La domotique est une démarche qui se doit d'être encadrée et d'être évaluée régulièrement.

3-2-3 Des prestations à caractère innovant offertes aux résidents, aux familles et aux professionnels

Un espace de psychomotricité ouvert aux familles

La création d'un espace de psychomotricité intégré au 3^{ème} étage du pôle gérontologique a été motivée par les effets bénéfiques que peut apporter la pratique d'exercices physiques.

Cet espace sera composé d'une aire centrale autour de laquelle s'articulera un parcours psychomoteur. L'aire centrale sera ouverte à tous. Elle se présentera comme un lieu d'échange et de communication où pourront se dérouler différentes activités de groupe (jeux de ballons, gymnastique douce, jeux d'adresse...). Ces différents exercices

auront pour objectifs de travailler les coordinations oculo-manuelles¹²⁰ et oculo-pedestres¹²¹, les praxies¹²², la prise de conscience du corps en mouvement, d'acquérir une meilleure connaissance et maîtrise de son corps et par là même, renforcer le schéma corporel.

Au-delà de l'entretien des capacités physiques restantes, l'objectif est de favoriser les relations sociales entre résidents, relations indispensables pour un bon équilibre psychique, et avec leur famille. Ainsi, elles pourront se rendre compte des activités que peuvent effectuer leur parent.

En impliquant les proches dans la participation aux activités psychomotrices, l'EHPAD répondra aux recommandations de l'ANESM sur la participation des familles¹²³. Elle proposera, de ce fait, une communication différente et une prise en considération des résidents et de leur famille en instaurant un temps de partage.

Un espace d'accompagnement psychologique en lien avec le vieillissement ouvert sur l'extérieur

Lors de l'élaboration du projet, il a semblé opportun au Directeur et à son équipe, d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur. Ainsi, la mise en place d'un dispositif d'aide aux personnes âgées et aux proches en difficultés psychologiques concernant les conséquences du vieillissement, a été proposée. Afin d'organiser cette prestation, une réunion a été organisée avec les différents acteurs sociaux et médico-sociaux de la commune (Associations et CCAS) présidé par le Directeur et le Président du Conseil d'administration de l'établissement, afin de recenser les besoins et d'organiser la mise en place du dispositif.

Cet espace d'accompagnement sera situé au rez-de-jardin du pôle. Son emplacement n'est pas anodin. Ainsi, les personnes venant suivre cet accompagnement ne se sentiront pas « agressés » par la vue d'une population vieillissante aux troubles du comportement parfois difficiles à supporter. Ils n'auront qu'une vue partielle de la population accueillie et de la structure. Ils pourront cependant et s'ils le souhaitent, visiter l'établissement.

Un psychologue assurera des temps de consultations envers des personnes âgées et leur famille ou proche de la commune, en difficultés psychologiques car la maladie d'Alzheimer est difficile à gérer pour les aidants. Cette consultation permettra de venir en aide et d'être un soutien pour les familles. Si elles le souhaitent, des recommandations seront prodiguées pour poursuivre la prise en charge leur parent à leur domicile. Le temps de psychologue pourra être financé par les différentes parties

¹²⁰ Interaction synergique entre les mouvements d'exploitation de la main et de l'œil où celui-ci finit par anticiper le mouvement de la main et accomplir l'exploration tout seul

¹²¹ Activité réalisée essentiellement avec les membres inférieurs pour laquelle le contrôle visuel est indispensable. Ex ; marcher en suivant une ligne, tirer dans un but....

¹²² Habilité motrice

¹²³ ANESM : Qualité de vie (volet 3) Vie sociale des résidents - Faciliter le maintien des relations entre les résidents et leurs proches

prenantes : la commune, le CCAS, les associations et l'établissement, instigateur du projet.

Un espace de transmission des connaissances et d'informations gérontologiques ouvert à tous les professionnels et à toute la population

Afin de persévérer dans son ouverture sur le monde extérieur, l'établissement va impulser une dynamique d'actions envers tous les professionnels. Muni de son pôle gérontologique prenant en charge une population hétérogène nécessitant des modes d'accueil diversifiés et un personnel qualifié et formé à cette population, l'EHPAD «la Vençoise» pourra devenir «établissement pilote» dans le domaine gérontologique grâce un espace de transmission des connaissances et d'informations gérontologiques en son sein. Cet espace sera situé en rez-de-jardin du pôle juxtaposés aux salles d'activités physiques et d'accompagnement psychologique

Ainsi, l'ensemble d'actions pédagogiques menées par le Directeur¹²⁴ entouré d'une équipe compétente sur les connaissances des différentes thématiques concernant les personnes âgées et le vieillissement humain, fera, de cet espace, un lieu de communication et de savoirs.

Une psychologue en gérontologie possédant un DESS (Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées) de psychologie clinique gérontologique, un DIU (Diplôme Inter Universitaire) en soins palliatifs ainsi qu'un DIU de formation pluridisciplinaire à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer pourra transmettre également ses connaissances à la population ainsi qu'à tous les professionnels du secteur.

Le médecin coordonnateur de l'établissement, titulaire d'un DIU sur la douleur et d'un DIU sur les soins palliatifs dispense, actuellement des formations au personnel de l'établissement. Ses connaissances sur les différents sujets concernant la gérontologie font de lui une personne ressource qui pourra également transmettre ses savoirs lors de réunions à thème aux personnes le désirant.

Une chambre de SAMU (Services d'Aide Médicale d'Urgence) médico-social ou chambre d'accueil d'urgence

L'une des 4 chambres d'accueil temporaire pour personnes âgées dépendantes au 2^{ème} étage sera dédiée à l'accueil d'urgence. Cet accueil s'inscrira dans la volonté de l'établissement à apporter des solutions concrètes aux aidants qui ne pourront pendant un laps de temps, s'occuper de leur parent. Ce dernier pourra alors, dans l'attente du rétablissement de la situation ou du choix d'une autre solution de vie, être hébergé au sein de l'EHPAD dans des conditions optimales.

Il faudra cependant veiller à ce que l'accueil d'urgence, qui peut parfois durer quelques semaines, ne se transforme pas en accueil temporaire. Il ne sera pas possible

¹²⁴ Docteur en droit à l'université de Nice, auteur de nombreux ouvrages et articles gérontologiques, formateur consultant ou chargé d'enseignement dans des universités (masters en droit social) ainsi qu'administrateur d'associations ou de services à destination des personnes âgées

de renvoyer la personne âgée chez elle au bout de quelques nuits pour libérer sa chambre. La gestion de cette chambre d'urgence dépendra de l'efficacité de l'équipe pluridisciplinaire qui devra rechercher, avec chaque famille et chaque résident, des réponses rapides à chaque besoin et situation particulière.

Le projet du pôle gérontologique semble correspondre aux besoins de la population tant au niveau de la diversité des modes d'accueil qu'au niveau des projets innovants. Il représente une complémentarité pour l'existant. Cependant, afin qu'il soit également une richesse, il va devoir mettre à profit certaines préconisations.

3.3 Recommandations ciblées pour le succès d'une démarche humaniste en faveur du résident

Le pôle gérontologique découle d'une démarche humaniste qui place le résident au cœur du dispositif. Cependant, il représente un changement important pour le personnel de l'EHPAD qui devra être aidé et accompagné dans cette transformation (3-3-1) Le résident est une personne à part entière qui va devoir être impliqué ainsi que sa famille dans son projet de vie individualisé (3-3-2) afin de bénéficier d'une prise en charge efficiente qui passera inévitablement par l'informatisation du dossier de soin (3-3-3).

3.3.1 Aider et accompagner les équipes au changement : de la communication managériale à la formation professionnelle

La communication au cœur du management

En tant que Directeur d'EHPAD et garant du résultat de l'action collective, une de ses missions première est de veiller à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, en se reposant sur une évaluation continue des besoins et des attentes. Elle nécessite cependant, une collaboration et une complémentarité permanentes avec l'équipe de direction et l'ensemble du personnel. Ces principaux acteurs de la structure doivent également être aidés et accompagnés dans le «prendre soin» quotidien des personnes âgées. Par conséquent, la direction se doit de respecter et de veiller au bien-être du personnel de l'institution car la bientraitance des résidents, thème central depuis de nombreuses années et qui ne tarit pas, commence inévitablement par la bientraitance du personnel.

Pour se faire, la communication doit prendre sa place au cœur du management. En effet, elle est considérée, comme la pierre angulaire du management des ressources humaines.

La communication, à l'EHPAD « la Vençoise », fait défaut. Certes, des réunions jalonnent les semaines de travail, mais aucun compte rendu n'est rédigé, occasionnant des situations stagnantes; sans solution apportée, qui peuvent engendrer des dysfonctionnements et parfois même, des tensions.

Afin de remédier à ces lacunes et de ne pas persister dans les mêmes erreurs, risquant de mettre en péril le fonctionnement et l'organisation du pôle gériatrique, le Directeur et son équipe de direction vont devoir s'impliquer différemment dans la communication managériale. Une communication qui est, à la base, un facteur encourageant l'initiative, stimulant et motivant.

Tout d'abord, le Directeur et son équipe de cadres devront être des personnes de proximité. Cette communication se traduira par une attention particulière aux préoccupations quotidiennes des professionnels. Les agents devront être écoutés et entendus afin de se sentir reconnus dans leurs tâches souvent difficiles. Cette démarche permettra des échanges et ainsi, de se retrouver sur un terrain commun facilitant le dialogue et la compréhension. Un personnel compris pour lequel la direction éprouve de l'empathie et rassure, gagne dans l'implication des équipes au sein de l'établissement.

Les temps de rassemblement seront des temps d'échanges aux propos clairs et cohérents, qui faciliteront la cohésion entre les agents et l'amélioration de la circulation de l'information au sein de l'établissement afin de décloisonner les services. Une information, qui a actuellement bien des difficultés à atteindre l'objectif fixé : un agent informé est apte à agir. Il faudra néanmoins veiller pour que l'information soit continue et suffisamment mesurée afin que les principaux acteurs ne soient pas inondés par trop de renseignements.

Au regard des problèmes de communication de l'EHPAD « la Vençoise », il faudra veiller tout particulièrement à établir, à travers l'évaluation interne, un plan de communication afin que, grâce à la création du pôle gériatrique, une dynamique d'échanges puisse être impulsée. Il sera pertinent d'établir ce plan en corrélation avec les différents acteurs de la structure.

Un soutien des équipes avec un management participatif

Le pôle gériatrique est porteur de changement et, notamment, une modification de l'organisation du travail. Elle est la base du fonctionnement de l'établissement et contribue à définir la dynamique et la cohérence de l'équipe, ce qui représente un apport incontournable de qualité du travail.

Cette organisation devra donc permettre de satisfaire les besoins des résidents et du personnel, car seul, ce dernier est en mesure de stimuler, grâce à sa participation, la prise en charge du résident afin de lui assurer un réel bien-être. La direction doit porter une attention toute particulière à cette démarche.

Le changement est source d'angoisses et d'inquiétudes pour le personnel et des résistances se font connaître. Afin de tempérer ce stress, la direction devra opter pour un management participatif intégrant tous les collaborateurs à la conduite du changement.

La restructuration de l'EHPAD « la Vençoise » nécessite un travail en commun avec pour objectif principal : la qualité de vie de la personne âgée. Le rassemblement de tous, la libre parole, l'écoute pourront ainsi permettre l'adhésion sur la base de volontariat,

d'un maximum d'agents à ce projet et surtout contribuera à sa qualité. L'organisation sera décidée d'un commun accord limitant des décisions qui ne correspondent pas aux attentes des professionnels et permettant une rapidité d'actions par le personnel désigné au préalable en direct.

Afin de faciliter ce management participatif, des réunions pluridisciplinaires seront organisées toutes les semaines, pour faire le point sur les problèmes rencontrés et prendre des décisions ensemble sur la prise en charge à adopter. Un compte rendu sera réalisé à l'issue de chaque réunion.

D'autre part, des séances d'analyse des pratiques seront organisées une fois par mois. Ces séances dirigées par la psychologue permettront de résoudre avec le groupe, une situation difficile rencontrée par l'un des membres du personnel.

Une reconnaissance des agents par la formation professionnelle

L'investissement des équipes auprès des personnes âgées et notamment auprès des personnes atteintes de troubles du comportement est important. Pour la majorité, des formations diplômantes ou non ont été accordées. Cependant, le pôle gériatrique devra disposer d'un personnel plus qualifié et plus compétent dans l'accompagnement et les soins à prodiguer afin de répondre aux spécificités des personnes hébergées.

Au sein de l'EHPAD, tout est mis en œuvre pour recruter des personnels diplômés et expérimentés tout en privilégiant la formation interne qui est, une reconnaissance professionnelle pour l'agent. Dans le cadre des objectifs fixés lors du renouvellement de la convention tripartite, un plan de formation continu accessible à tous permettra la réussite des engagements d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents.

Les demandes de formation du personnel devront être prises en compte avec notamment, le souhait de développer le dispositif de la valorisation des acquis d'expérience (VAE) qui permet de reconnaître les compétences acquises par l'agent.

Le médecin coordonnateur et la psychologue devront continuer à développer, sur leur temps de présence dans l'établissement, des formations aux salariés sur des thèmes propres à la Gériatrie d'où l'existence d'un espace de transmissions et d'informations des connaissances en gériatrie dans le pôle.

3.3.2 L'élaboration d'un projet de vie individualisé/ projet personnalisé impliquant les familles

Le projet personnalisé : une démarche dynamique, une co-construction

Jusqu'à présent, l'EHPAD « Cantazur » et l'EHPAD « la Vençoise » n'avaient pas formalisé le projet personnalisé (axe d'amélioration proposée par l'organisme évaluateur externe).

Afin de parfaire la prise en charge du résident, le projet de vie individualisé doit être établi pour proposer un accompagnement adapté en fonction des besoins, désirs et demandes de la personne, pour maintenir et restaurer le lien social et pour parfaire la démarche de soins. Il nourrit la réflexion sur le fonctionnement des structures, les pratiques d'accueil et d'accompagnement et l'organisation collective. Il est également en lien direct avec le projet d'établissement qui intègre la démarche du projet personnalisé, en définit les principes et les modalités de mise en place.

Ainsi, la construction du pôle gérontologique va permettre de redynamiser cette démarche dans les deux EHPAD, repositionnant, de ce fait, le résident au cœur du dispositif.

Le projet personnalisé devra donc être une co-construction en recherchant une participation plus forte de la personne car il est son propre projet et un droit pour le résident et non une obligation. Par contre, il est une obligation pour le professionnel d'inviter la personne à participer aux différentes décisions qui vont agrémenter son séjour. Pour se faire, il est nécessaire d'instaurer

Le rythme de ce projet devra être souple et s'adapter à la personne. Un dialogue à partir des habitudes de vie et histoire de vie devra permettre de définir avec elle le type d'activités et leurs modalités lui permettant de valoriser ses savoir-faire, sa créativité, ses éventuels engagements dans la vie de l'établissement, les souvenirs valorisants liés à l'exercice de son ancien métier, de se distraire avec intérêt et prendre du plaisir.

Une réunion de projet composée du résident, du cadre de santé, de la psychologue, de «l'accompagnant référent»¹²⁵ (un des représentants de l'équipe pluridisciplinaire) et éventuellement, la famille ou un de ses partenaires, permettra d'organiser la vie de la personne au sein de l'établissement au regard de ses attentes et de se mettre d'accord sur les objectifs des professionnels et des modalités concrètes d'accompagnement.

L'ensemble du projet devra être validé par la personne si elle est en mesure de le faire lors de la première réunion.

Des recommandations pour la spécificité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés

Pour les résidents confus, le premier mois permettra d'observer, de stabiliser ou de réduire les manifestations comportementales. Une phase d'observation et d'analyse sur les comportements et attitudes non verbaux sera mise en œuvre par l'équipe afin d'évaluer si les actions sont adaptées à l'état de santé du résident.

Il sera également nécessaire de repérer les éléments biographiques (histoire de vie, etc.) susceptibles de donner du sens aux réactions, aux comportements voire aux éventuels troubles psychologiques et/ou comportementaux. Une explication devra être

¹²⁵ Rôle de l'accompagnant référent consiste à recueillir des informations sur le résident et d'observer la progression des objectifs.

apportée par les professionnels à la personne en tenant compte des troubles de la communication (handicaps sensoriels, troubles de la compréhension, de la parole...)

Favoriser la participation des proches

Les proches ne sont pas juridiquement obligés d'être associés au projet personnalisé du résident, sauf si une mesure de protection judiciaire a été confiée à un membre de la famille.¹²⁶

Cependant, ils ont souvent un rôle important dans l'élaboration du projet personnalisé. Ils sont des interlocuteurs pour les professionnels, en leur procurant informations, analyses, propositions. Enfin, ils sont susceptibles d'avoir des attentes pour leur parent et pour eux-mêmes.

Le résident devra donc désigner un référent familial¹²⁷ ou « valider » celui qui se présente comme tel, auprès de qui des informations utiles (habitudes de vie, contexte d'apparition des pathologies) à la compréhension du comportement (histoire de vie) pourront être recueillies.

Certaines personnes font l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle...). La refonte de la loi concernant la protection juridique des majeurs¹²⁸ réaffirme les droits de la personne protégée qui étend la protection des biens à la protection de la personne elle-même. Elle peut ainsi être assistée ou représentée dans les décisions concernant sa vie quotidienne.

3.3.3 La finalisation de l'informatisation du dossier et du suivi des soins

Un logiciel inadapté ou à reconsidérer

Lors de l'évaluation externe de l'EHPAD « la Vençoise », l'organisme évaluateur a noté, qu'à ce jour, il existe une réelle difficulté d'appropriation et de mise en application du système informatique sur le dossier et le suivi de soin, pénalisant l'efficacité et la traçabilité du système.

Malgré une volonté de développer l'utilisation de l'outil informatique et plusieurs campagnes de formation, le logiciel n'est utilisé que partiellement. Effectivement, l'EHPAD « la Vençoise » utilise à la fois un dossier manuscrit et un dossier de soins informatisé dans le cadre du logiciel ARCADIS. Par conséquent, ce constat explique l'éparpillement des données, les doublons d'informations ainsi que des oublis d'annotations. Cette réalité amène de nombreux acteurs, dont le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé

¹²⁶ Arrêté du 26 avril 1999 modifié par arrêté du 13 août 2004 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L.313-12 du CASF ; annexe 1, chapitre II, art 3-1, al.1 « désigner, le cas échéant, un référent familial et si possible même en cas de conflits internes familiaux ». À noter : il n'y a pas de définition juridique du référent familial.

¹²⁷ Il devra également être défini auprès des autres proches

¹²⁸ La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs maintient la possibilité pour les établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux

et la direction, à se réinterroger sur la pertinence du choix du logiciel ARCADIS ou son utilisation avec la possibilité de reconsidérer l'exploitation de ce logiciel qui ne semble pas être utilisé à ses justes capacités.

Les attentes des professionnels à travers le dossier et le suivi de soins

Si le dossier papier révèle un cloisonnement de l'information, l'outil informatique, s'il est bien exploité, va permettre aux professionnels de bénéficier d'un regroupement d'informations administratives, médicales et para médicales en un seul document.

Ainsi, les doublons et les risques d'erreurs qui pouvaient découler lors de l'élaboration du dossier papier seront diminués. L'informatisation du dossier de soins attestera également du bon fonctionnement de l'EHPAD et d'une bonne communication de l'information entre professionnels car il facilitera l'accès aux données tout en les sécurisant ainsi, que l'amélioration de leur traçabilité.

Le dossier informatisé induit la saisie unique d'informations. Encore faut-il qu'il soit bien paramétré. Il sera nécessaire de privilégier l'interface entre le dossier de soins et le service facturation des résidents afin que celui-ci ne soit pas dans l'obligation de recopier les dates d'entrée, de sortie et d'hospitalisation, en relation avec la facture du résident. Ce paramétrage permettra ainsi un gain de temps pour le personnel et une limitation des erreurs dans la ressaisie des données.

Un gain pour les résidents

Le personnel soignant, en EHPAD, a pour vocation d'apporter des soins et une prise en charge de qualité aux résidents en prenant en compte l'ensemble des dimensions physique, relationnelle et sociale. Or, le temps passé aux tâches administratives concernant le dossier de soin n'est pas du temps passé auprès du résident. Sa réelle informatisation permettra au résident de bénéficier d'un temps de présence plus important de la part du personnel soignant. Quant à l'information, elle n'en sera que plus sécurisée et fiable (exemple des prescriptions médicales qui seront plus claires rédigées sur ordinateur).

En conséquence, la direction a privilégié une véritable appropriation du logiciel existant. Les professionnels de l'EHPAD devront utiliser l'outil informatique et participer à des formations régulières afin de s'adapter au logiciel. La société mettra à jour la nouvelle version et paramètrera en fonction des besoins de la structure.

Conclusion

Actuellement, une réflexion est à développer concernant le devenir des EHPAD. Dans le cadre du vieillissement démographique et de ses conséquences, ces établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes voire très dépendantes atteintes pour une bonne partie d'entre elles de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, sont dans l'obligation d'adapter leurs modes d'accueil en fonction des évolutions de cette population.

Les EHPAD « Cantazur » et la « Vençoise » proposent un large panel d'offres de services et ont choisi de développer des modes d'accueil en faveur des personnes atteintes de cette pathologie ou troubles apparentés dont le nombre d'individus au sein du département ne cessent de croître. Face aux multiples conséquences de cette affection, les besoins ne sont pas égaux d'où l'importance d'une diversification de prise en charge.

Cependant, l'EHPAD doit « casser » son image « hospitalière » car même s'il est un lieu de soin avec une médicalisation de plus en plus forte, il est avant tout un lieu de vie et doit le rester.

Le projet de pôle gérontologique de l'EHPAD la « Vençoise » a été élaboré dans cet objectif. Il vient répondre à la demande en rapport avec l'évolution de la population, complète et enrichit les modes d'accueil existants. Il est un projet entre innovation et convivialité s'ouvrant sur l'extérieur, privilégiant l'intergénérationnalité afin de continuer à tisser le lien social et permettant de porter ainsi un regard nouveau sur la vieillesse.

Toutefois, les deux structures souhaitent élargir leur offre d'accueil. Un projet de résidence sociale pour seniors va se développer sur Vence. La SEM (Société d'Economie Mixte)¹²⁹, promoteur de cette résidence et en accord avec la commune, a sollicité le Directeur des deux EHPAD afin qu'il en assume la gestion par convention.

L'objectif de la résidence sociale est de proposer un logement à des personnes âgées ayant de faibles ressources et nécessitant un accompagnement social. Il s'agira de personnes suffisamment autonomes ou bénéficiant d'une aide au maintien à domicile. En effet, ce logement sera pérenne¹³⁰ et constituera le domicile des résidents.¹³¹

Les EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise » bénéficieraient donc grâce à l'apport de cette résidence sociale, d'un panel de modes d'accueil encore plus large. En effet, cette possibilité permettrait d'assurer de nombreux types d'accueil possible au sein d'un environnement de proximité, partant de la résidence sociale pour personnes âgées autonomes à faibles ressources, en passant par l'accueil de jour et l'hébergement temporaire et proposant par la suite, dans le cas d'une plus grande dépendance, l'EHPAD

¹²⁹ Ingénierie, études techniques

¹³⁰ Résidence sociale dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée. Une dérogation est attribuée à la notion de « temporaire », celle-ci étant intrinsèque à la qualité des personnes accueillies : en effet, l'âge des futurs résidents induit que la sortie de la résidence ne pourra se faire que dans une durée limitée à leur espérance de vie ou à leur dépendance.

¹³¹ Décret du 23 décembre 1994 et de la circulaire du 19 avril 1995 abrogée par la nouvelle circulaire du 4 juillet 2006.

avec son pôle gérontologique. Une « coopération » qui s'ouvrirait ainsi à une autre catégorie de population.

Cependant, malgré cette diversité d'offres de services, il est convenu de rappeler que les personnes âgées souhaitant rester le maximum de temps à leur domicile, l'EHPAD « la Vençoise » et l'EHPAD « Cantazur » devraient « sortir » de l'institution et proposer, à titre d'exemple, un service de « baluchonnage »¹³², abordé d'ailleurs dans le schéma gérontologique 2012-2016. D'autres modes d'accueil pourraient être également proposés comme l'accueil de nuit¹³³ et la garde itinérante de jour et de nuit¹³⁴ encore très peu développé pour les personnes âgées dans les Alpes Maritimes. Ainsi, ces deux EHPAD auraient un panel d'offres réellement complet et de surcroît innovant, partant du domicile à l'institution et répondrait à la fois au souhait de la personne âgée de rester à son domicile ainsi qu'au besoin de répit pour les familles.

A travers ce mémoire, j'ai pu appréhender combien il était important d'apporter une réponse aux besoins de la population et combien il était capital d'être à l'écoute de tous les acteurs de l'institution. Les évolutions des établissements m'ont permis de percevoir la nécessité d'adaptation des équipes et le rôle du Directeur dans leur accompagnement à ces changements. La réflexion est son « maître mot » car elle permet de ne pas prendre de décisions hâtives et de prendre conscience que dans un établissement, même si le Directeur est le « capitaine du bateau », il n'en reste pas moins qu'il ne peut fonctionner sans son équipage, et un équipage qui doit se sentir sécurisé et en confiance.

¹³² Le service de baluchonnage intervient en remplacement de l'aidant familial lors de son absence, selon planning et sur réservation. Ce service est complémentaire des services existants : services de soins à domicile, services infirmiers, infirmières libérales

¹³³ L'accueil nuit pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés consiste à accueillir pour une nuit ou plusieurs, des personnes âgées vivant habituellement à leur domicile

¹³⁴ Prise en charge programmée à domicile de jour ou de nuit de manière ponctuelle et transitoire parfois à la demande du bénéficiaire

Bibliographie

OUVRAGES

- **AMYOT J.J.**, 2008, Travailler auprès des personnes âgées – 3^{ème} édition -Dunod Paris, 397 pages
- **DUCALET P., LAFORCADE M.**, 2008, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales – 3^{ème} édition – Seli Arslan Paris, 310 pages
- **BAUDURET J.F., JAEGER M.**, 2005, Rénover l'action sociale et médico sociale – 2^{ème} édition – Dunod Paris, 352 pages

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE**, Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes –JORF du 25 janvier 1997 (version consolidée au 1^{er} janvier 2012) – art.2 – disponible sur site internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&dateTexte=>
- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE**, Arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004, JORF n°221 du 22 septembre 2004 page 16407- disponible sur site internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000624909&dateTexte=&categorieLien=id>
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE**, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF n° 2 du 3 Janvier 2002, version consolidée - disponible sur site internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>
- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE** - Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – disponible sur site internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ222.pdf>
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE**, Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C n° 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, Bulletin Officiel n°2005-4 : Annonce n°37 - disponible sur site internet <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040037.htm>
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** - Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 447 du 17 octobre 2006. Annexe 4 – Notice

technique sur l'utilisation et les modalités de répartition des crédits de médicalisation – disponible sur site internet

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110039.htm>

- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** - Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs - JORF n°56 du 7 mars 2007 page 4325 texte n° 12 – disponible sur site internet
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000430707&dateTexte=&categorieLien=id>
- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE** - Circulaire N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012" - disponible sur site internet
<http://www.lamaisondelautonomie.com/dmdocuments/circulaire%20DGAS%2006%2007%2009.pdf>
- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE**, Circulaire Interministérielle N°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées - disponible sur site internet
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/06/cir_31244.pdf
- Règlement départemental d'aide et d'action sociale 2011 Alpes Maritimes – disponible sur site internet
http://www.cg06.fr/cms/cg06/upload/servir-les-habitants/fr/files/sante_publications-rdaas-2011.pdf
- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE**- Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles - JORF n°0171 du 27 juillet 2010 page 13846 texte n° 14 – disponible sur site internet
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022518266&dateTexte=&categorieLien=id>
- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE** – Circulaire Interministérielle N°DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011/362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 (Pôle d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées) du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 – disponible sur site internet
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Foire_aux_questions_PASA_UHR.pdf
- **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE** - Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/473 du 15 décembre 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1) : mise en application du décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de

jour (capacités minimales des accueils de jour pour personnes âgées et régime dérogatoire) - disponible sur site internet

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34336.pdf

ARTICLES (DE PERIODIQUES)

- **DELOMIER Y.**, « Le vieillard dépendant – Approche de la dépendance : Gérontologie n°12 septembre 1973 p.9
- **DOSSIER DREES SOLIDARITE ET SANTE n°22-2011** – Les personnes âgées en institution – 2011 -
- **TECHNOLOGIE ET SANTE** « Innovation au service du grand âge quel apport des technologies en établissement » - juin 2009 – n°67

RAPPORTS – PLANS – ETUDES – SCHEMAS

- **CONSEIL GENERAL DES ALPES MARITIMES** : Schéma gérontologique départemental des Alpes Maritimes 2006-2010 – disponible sur site internet
http://www.cg06.fr/cms/cg06/upload/servir-les-habitants/fr/files/sante_publication-schemageronto2006-2010.pdf
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** - Plan « bien vieillir » (en ligne) 2007-2009 - disponible sur site internet
http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** – PSGA plan solidarité Grand âge 2007-2012 [en ligne]. [Présenté le 27 juin 2006 par Philippe BAS] - disponible sur le site internet
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf
- **ESPACE PARTAGE DE SANTE PUBLIQUE** – Innover pour un EHPAD futur : les propositions des professionnels des Alpes Maritimes – 2007 – consulté le 02/07/2012 – disponible sur site internet –
<http://www.epsp06.fr/documents/ehpad.pdf>
<http://www.epsp06.fr/fvieillissement.html>
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** - Plan Alzheimer 2008 – 2012 [en ligne] - .disponible sur site internet :
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>
- **CLEIRPPA- Centre de Liaison, d'Etudes, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées** -:Maladie d'Alzheimer, contexte, politique et enjeux sociaux – disponible sur site internet
<http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/Fiche-Maladie+Alzheimer.pdf>
- **Rapport Rosso-Debord** (source DGCCRF 2009) – disponible sur site internet
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>
- **ANESM** : Guide de recommandations des bonnes pratiques professionnelles : L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou

apparenté en établissement médico-social - disponible sur le site internet http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf

- **ANESM** : Guide de recommandations des bonnes pratiques professionnelles : évaluation interne – février 2012 : repère pour les établissements d’hébergement de personnes âgées dépendantes – disponible sur site internet http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web2.pdf
- **ANESM** : Qualité de vie en EHPAD (volet 2) (volet 3) http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf.pdf
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf
- **Enquête HID et modèle de microsimulation DESTINIE** – version modifiée suite à la réunion d’avril 2001 - Méthode de projection consistant à projeter les évolutions futures au niveau individuel plutôt qu’à un niveau agrégé ou semi-agrégé. l’Insee (édition 2003)- en ligne- disponible sur site internet http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/dependance_insee_5avril_2011.pdf
- **DREES** : Enquête sur APA auprès des conseils généraux : exploitation des données au 1^{er} mars 2012 – disponible sur site internet http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/apa_1-2012_T4-2011.pdf
- **CONSEIL GENERAL ALPES MARITIMES** : Schéma gérontologique départemental des Alpes Maritimes 2012-2016 - disponible sur site internet http://www.cq06.fr/cms/cq06/upload/servir-les-habitants/fr/files/servir_schema-gerontologique.pdf

MEMOIRES

- **CARON S.** – 2010 - Optimiser l’accompagnement des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de troubles apparentés : L’exemple de la mise en place d’un pôle d’activités et de soins adaptés à l’EHPAD Sainte-Emilie de CLAMART - ENSP- 65 pages <http://ressources.ensp.fr/memoires/2010/dessms/caron.pdf>
- **ETCHEBARNE C.** – 2009 – Optimiser une prise en charge adaptée et de qualité pour les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de maladies apparentées : L’exemple de la restructuration globale de l’EHPAD Richard de CONFLANS SAINTE HONORINE – ENSP - 63 pages <http://ressources.ensp.fr/memoires/2009/dessms/etchebarne.pdf>

COLLOQUE

- Protection juridique des majeurs : Impacts pour les acteurs cinq ans après le vote de la loi du 5 mars 2007- 14 et 15 juin 2012

SITES INTERNET

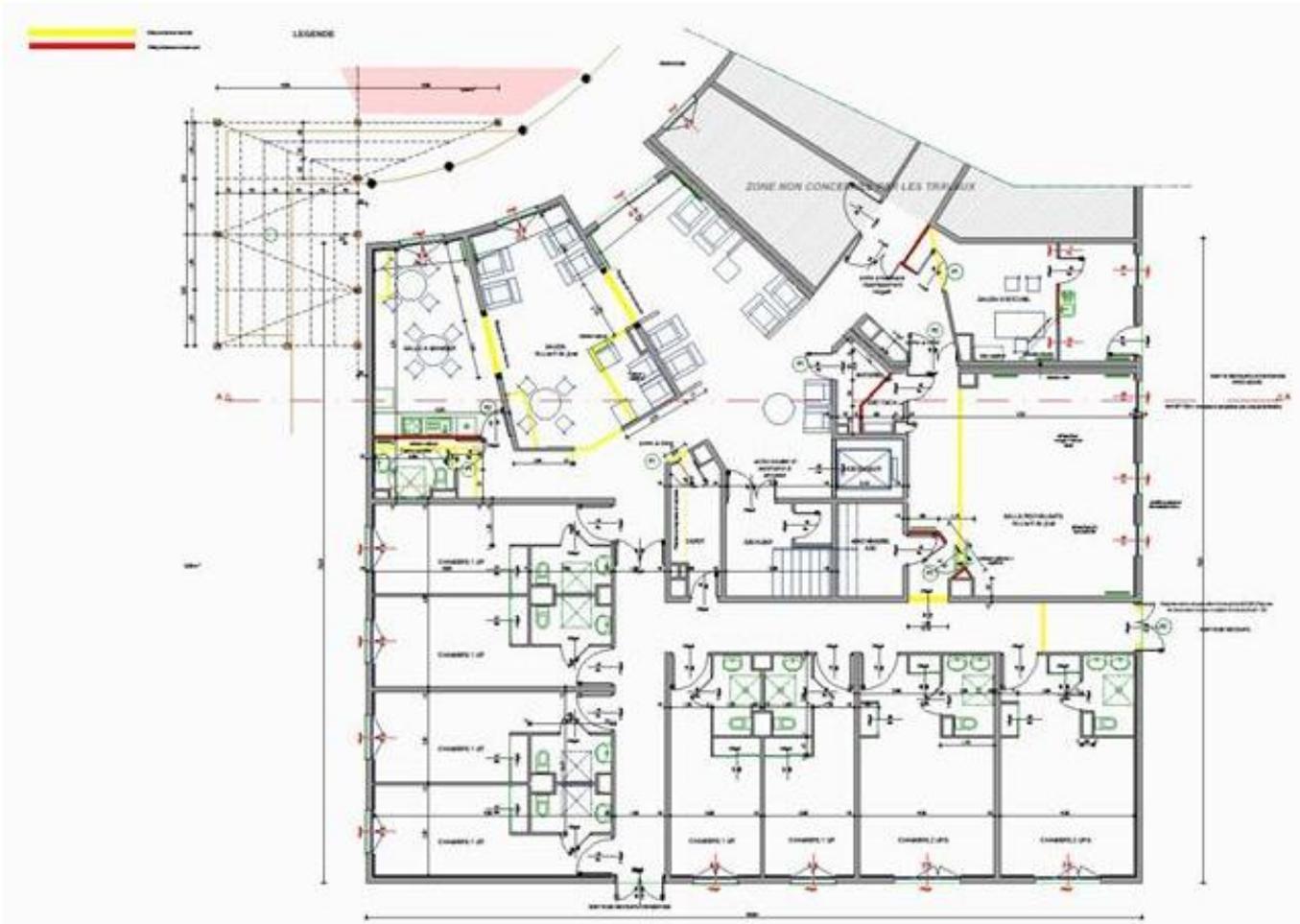
- **Rapport maladie d'Alzheimer et maladies apparentées n°2454** par Mme Cécile GALLEZ, Députée- juillet 2005
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2454.asp>
- **ADNA** (Association pour le Développement des Neurosciences Appliquées)- « La maladie d'Alzheimer en chiffres » (23/06/2006)
http://www.alzheimer-adna.com/Alz /Alzheimer_Chiffres.html
- **INSEE** – évolution et structure de la population – Cagnes sur mer mise à jour 28/06/2012
http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES%5CDL%5CDEP%5C06%5CCOM%5CDL_COM06027.pdf
- **INSEE** – évolution et structure de la population – Vence - mise à jour 28/06/2012
http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES%5CDL%5CDEP%5C06%5CCOM%5CDL_COM06157.pdf
- **INSEE** – évolution et structure de la population – La colle sur loup - mise à jour 28/06/2012
http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES%5CDL%5CDEP%5C06%5CCOM%5CDL_COM06044.pdf
- **INSEE** – évolution et structure de la population – La Gaude - mise à jour 28/06/2012
http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES%5CDL%5CDEP%5C06%5CCOM%5CDL_COM06065.pdf
- **INSEE** – évolution et structure de la population – St Jeannet - mise à jour 28/06/2012
http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES%5CDL%5CDEP%5C04%5CCOM%5CDL_COM04181.pdf
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** - Inventaire neuropsychiatrique version pour équipe soignante NPI-ES – 23/09/2010
<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/NPI-ES.pdf>
- **INSEE** - projection de la population française (juillet 2006)
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
- **INSEE** - La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. [2007]
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF
- **PLAN ALZHEIMER 2008-2012 ALPES MARITIMES** : mieux connaître et mieux accompagner
http://www.cg06.fr/cms/cg06/upload/servir-les-habitants/fr/files/sante_plan-alzheimer-08-12.pdf
- **INSEE** - Alpes-Maritimes vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020 (juin 2009)
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/provence/themes/rapport/re26/re26.pdf

- **ORS PACA** – Etats et inégalités en région PACA – 2010
www.orspaca.org
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** – ARS PACA
– débat dépendance ARS PACA NICE – 17 juin 2011
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Doc/Actu_2011/dependance/17juin2011_nice/DP_Dependance_17062011_nice_arspaca.pdf
- **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE** – Synthèse du
débat national sur la dépendance – juin 2011
http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf
- **CONSEIL GENERAL ALPES MARITIMES** : Seniors guide EHPAD
<http://www.cg06.fr/cms/cg06/upload/servir-les-habitants/fr/files/seniors-guide-ehpad.pdf>
- **ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER**. « la maladie et son accompagnement »
<http://www.francealzheimer.org/pages/vivre-avec-alzheimer/maladie.php>
- Communiqués et dossiers de presse France Alzheimer : 4^{ème} anniversaire du plan Alzheimer 01/02/2012
<http://www.francealzheimer.org/pages/association/espace-presse-detail.php?id=132>

Liste des annexes

- ANNEXE I Plan Unité de Vie Protégé EHPAD «Cantazur»
- ANNEXE II Fiche entrée et sortie PASA EHPAD «Cantazur»
- ANNEXE III Grilles entretien Agents et Familles EHPAD «Cantazur» et la «Vençoise»
- ANNEXE IV Plan du pôle gériatologique EHPAD «La Vençoise»
- ANNEXE V Cahier des charges PASA - UVP

ANNEXE I



ANNEXE II

--	--	--	--

Observations générales et évènements particuliers

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN :

FAMILLE (EHPAD CANTAZUR : UNITE DE VIE PROTEGEE)

En stage dans les EHPAD Cantazur et la Vençoise dans le cadre de ma formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico social, je réalise un mémoire professionnel qui porte sur l'adaptation et la richesse de la diversité des modes d'accueil des 2 EHPAD. Cet entretien va me permettre de recenser les atouts et les limites des 2 EHPAD dégagant ainsi les besoins et les attentes des usagers et de vous-même en qualité de famille. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre aide.

- **Lien de parenté avec la personne accueillie**
- **Date d'entrée du résident dans la structure:**
- **Evolution du résident au sein de la structure :**
- **Votre parent est-il en hébergement permanent, en accueil de jour ou accueil temporaire ?**
- **Quel accueil vous a été réservé ? Avez-vous rencontré des difficultés ?**
- **Pensez-vous que l'Unité de Vie Protégée soit bien adaptée (architecture, locaux, équipement, personnel) aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ?**
 - Quels sont les points positifs ?
 - Quels sont les points à améliorer ?
- **Quel est votre rôle en qualité de famille au sein de l'Unité de vie Protégée ? Vos demandes sont-elles prises en compte ?**
- **Que pensez-vous des soins et des activités proposées ? des modes d'accueil proposés ?**
- **Auriez-vous des suggestions pour améliorer le quotidien de votre parent au sein de l'établissement ? Que souhaiteriez-vous voir évoluer ?**

GUIDE D'ENTRETIEN :

FAMILLE (EHPAD « LA VENCOISE)

En stage dans les EHPAD Cantazur et la Vençoise dans le cadre de ma formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico social, je réalise un mémoire professionnel qui porte sur l'adaptation et la richesse de la diversité des modes d'accueil des 2 EHPAD. Cet entretien va me permettre de recenser les atouts et les limites des 2 EHPAD dégagant ainsi les besoins et les attentes des usagers et de vous-même en qualité de famille. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre aide.

- **Lien de parenté avec la personne accueillie :**
- **Date d'entrée du résident dans la structure:**
- **Evolution du résident au sein de la structure :**
- **Quel accueil vous a été réservé lors de l'entrée de votre parent à l'EHPAD « la Vençoise » ? Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui lesquelles ?**
- **Pensez-vous que l'établissement soit adapté (architecture, locaux, équipement) aux personnes accueillies ? Pourquoi ?**
 - Quels sont les points positifs ?
 - Quels sont les points à améliorer ?
- **Pensez-vous que l'établissement soit adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés ?**

- Quels sont les points positifs ?
- Quels sont les points à améliorer ?
- **Quel est votre rôle en qualité de famille au sein de l'établissement ? Vos demandes sont-elles prises en compte ?**
- **Que pensez-vous des soins et des activités proposées ?**
- **Selon vous quelle est l'importance de l'établissement au sein de la commune ? Quelle est sa place ?**
- **Avez-vous connaissance du projet de Pôle gérontologique à l'EHPAD LA VENCOISE ? Connaissez-vous en quoi ce projet consiste ?**
- **Auriez-vous des suggestions afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées au sein de l'établissement ? améliorer la prise en charge de ces résidents ?**

GUIDE D'ENTRETIEN :

PERSONNEL EXERCANT DANS L'UNITE DE VIE A L'EHPAD CANTAZUR

En stage dans les EHPAD Cantazur et la Vençoise dans le cadre de ma formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico social, je réalise un mémoire professionnel qui porte sur l'adaptation et la richesse de la diversité des modes d'accueil des 2 EHPAD. Votre expérience professionnelle au sein de cette structure va me permettre de recenser les atouts et les limites des 2 EHPAD dégagant ainsi les besoins et les attentes des usagers, de leur famille et de vous-même en qualité de professionnel. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre aide.

- **Présentation de la personne :**
 - Sexe – Age –
 - Parcours scolaire
 - Date d'entrée dans la structure
 - Quelle a été votre évolution au niveau de votre carrière ?
 - Est-ce par choix que vous travaillez dans cette unité ? Pourquoi ce choix ?
- **S'il fallait décrire la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, quels noms ou adjectifs utiliseriez-vous ?**
- **A partir de ce point de vue, pensez-vous que l'Unité de Vie Protégée soit bien adaptée (architecture, locaux, équipement) à cette population ?**
 - Quels sont les points positifs ?
 - Quels sont les points à améliorer ?
- **Quel est votre rôle au niveau de la prise en charge de cette population ?**
- **Quels sont vos ressentis sur le travail que vous effectuez auprès de ces personnes ? Rencontrez-vous des difficultés dans votre travail ? Quelles sont-elles ?**
- **La famille est-elle présente ? Quel rôle joue-t-elle ? Qu'en pensez-vous ?**
- **Il est question d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) en synergie avec l'UVP, qu'en pensez-vous ? Connaissez-vous le rôle du PASA ? La prise en charge va-t-elle être plus adaptée ? Pensez-vous que ce soit nécessaire ?**
 - Si oui, pourquoi ?
 - Si non, pourquoi ?
- **Auriez-vous des suggestions pour améliorer votre quotidien au sein de votre travail et pour améliorer la prise en charge de ces résidents aussi bien au niveau des soins que des modes d'accueil ? Quelles sont vos attentes par rapport à l'exercice de ce métier ?**

GUIDE D'ENTRETIEN :

PERSONNEL EXERCANT DANS L'EHPAD « LA VENCOISE »

En stage dans les EHPAD Cantazur et la Vençoise dans le cadre de ma formation de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico social, je réalise un mémoire professionnel qui porte sur l'adaptation et la richesse de la diversité des modes d'accueil des 2 EHPAD. Votre expérience professionnelle au sein de cette structure va me permettre de recenser les atouts et les limites des 2 EHPAD dégageant ainsi les besoins et les attentes des usagers, de leur famille et de vous-même en qualité de professionnel. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre aide.

Présentation de la personne :

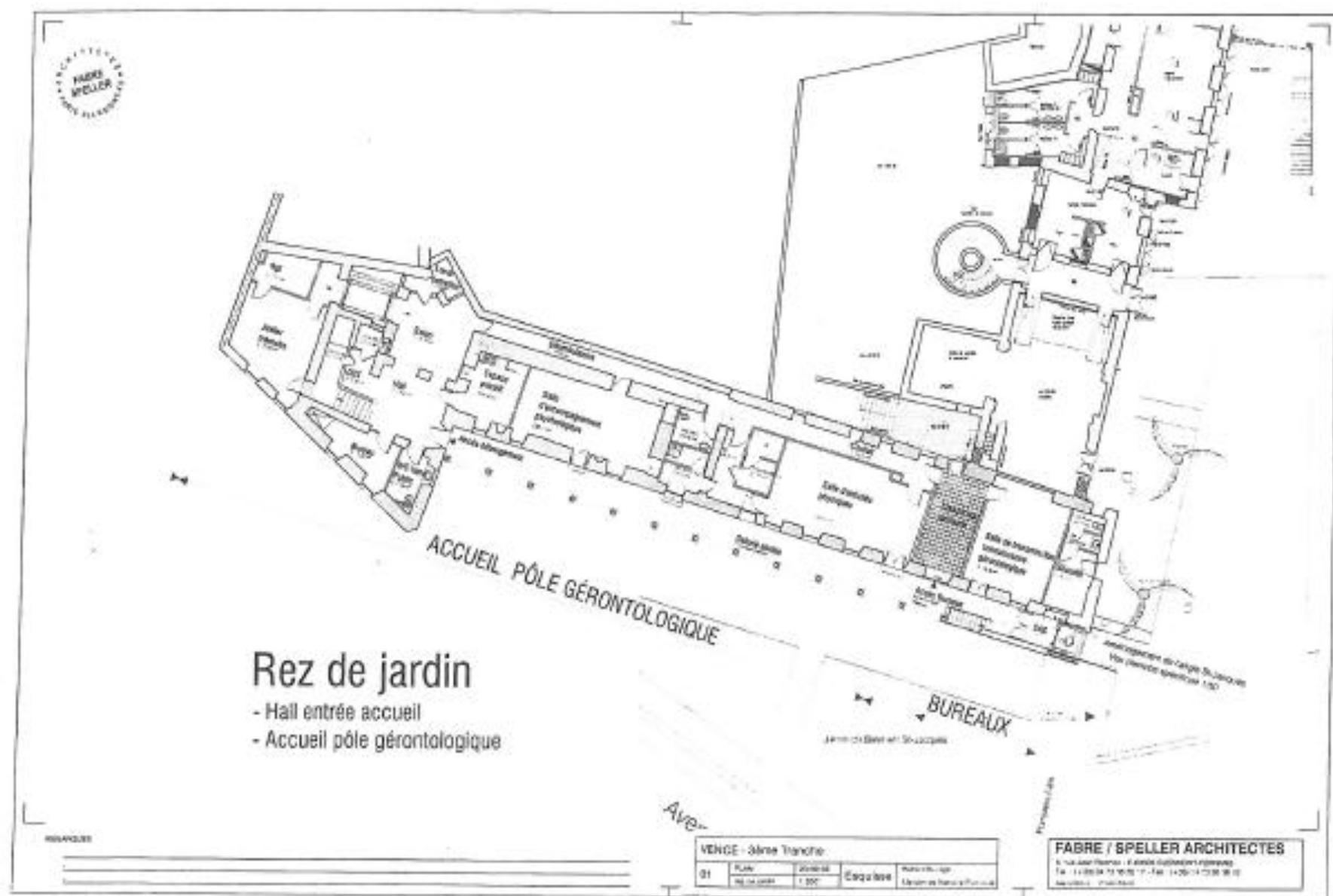
Sexe – Age –

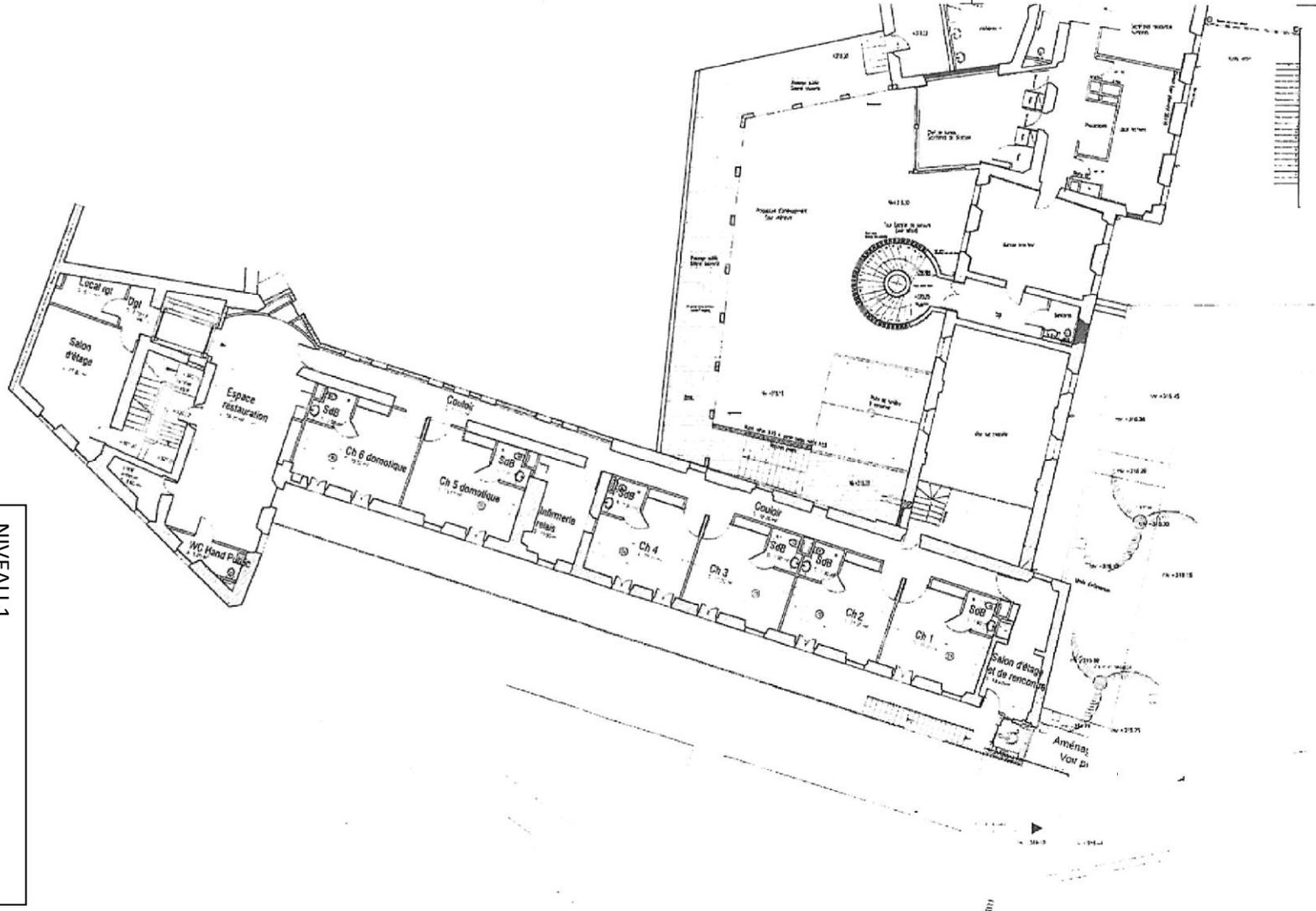
Parcours scolaire

Date d'entrée dans la structure

Quelle a été votre évolution au niveau de votre carrière ?

- **En quelques mots pourriez-vous m'expliquer l'évolution de la structure ? Pourquoi ? Comment ?**
- **Selon vous, l'établissement répond-il aux besoins actuels des personnes âgées ?**
 - Si oui, pourquoi ?
 - Si non, pourquoi ?
- **Pensez-vous que la prise en charge des personnes âgées soit adaptée actuellement ?**
 - Si oui, pourquoi ?
 - Si non, pourquoi ?
- **Etes-vous informé du projet concernant un pôle gériatrique ? Avez-vous participé au projet d'établissement ?**
 - Si oui, comment ?
 - Si non, qu'en pensez-vous ?
- **Comment définiriez-vous ce projet ? que pensez-vous de la domotique face à la dépendance ?** (La domotique est l'ensemble des techniques de l'électronique, de physique du bâtiment, d'automatisme, de l'informatique et des télécommunications utilisées dans les bâtiments et permettant de centraliser le contrôle des différents applicatifs de la maison (système de chauffage, volets roulants, porte de garage, portail d'entrée, prises électriques, etc.). La domotique vise à apporter des fonctions de confort (gestion d'énergie, optimisation de l'éclairage et du chauffage), de sécurité (alarme) et de communication (commandes à distance, signaux visuels ou sonores, etc.) que l'on peut retrouver dans les maisons, les hôtels, les lieux publics, etc.)
- **A partir de ce point de vue, pensez-vous qu'un secteur adapté pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer soit nécessaire ? Pourquoi ?**
 - Quels sont les points positifs ?
 - Quels sont les points à améliorer ?
- **Quels sont vos ressentis sur le travail que vous effectuez auprès des résidents actuellement ?** Rencontrez-vous des difficultés dans votre travail ? Quelles sont-elles ?
- **Auriez-vous des suggestions pour améliorer votre quotidien au sein de votre travail et pour améliorer la prise en charge de ces résidents aussi bien au niveau des soins que des modes d'accueil ?**
- **Quelles sont vos attentes par rapport à l'exercice de ce métier ?**





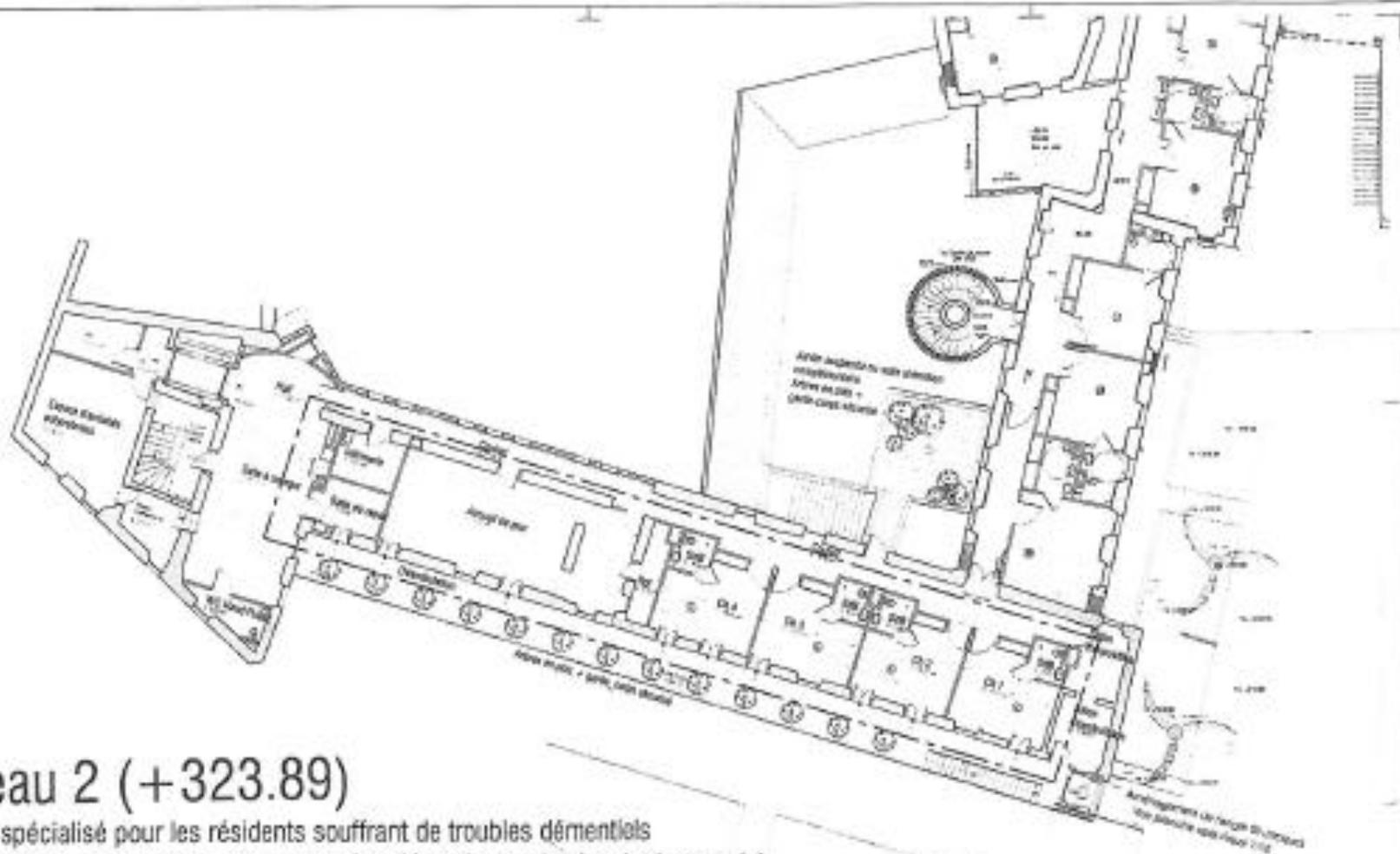
NIVEAU 1
 HEBERGEMENT PERMANENT
 (6 chambres individuelles dont 2
 domotiques)

Aver

PLATEBANDS 1 4011

PLAN			
------	--	--	--

FABRE / SPELLER ARCHITECTES
 18 mg Jean BOUTE 63030 CLERMONT-FERRAND
 731085 P. T. 33130 73



Niveau 2 (+323.89)

Espace spécialisé pour les résidents souffrant de troubles démentiels

- Hébergement temporaire personnes âgées dépendantes (moins de deux mois)
(4 chambres individuelles)
- Accueil de jour 5 personnes

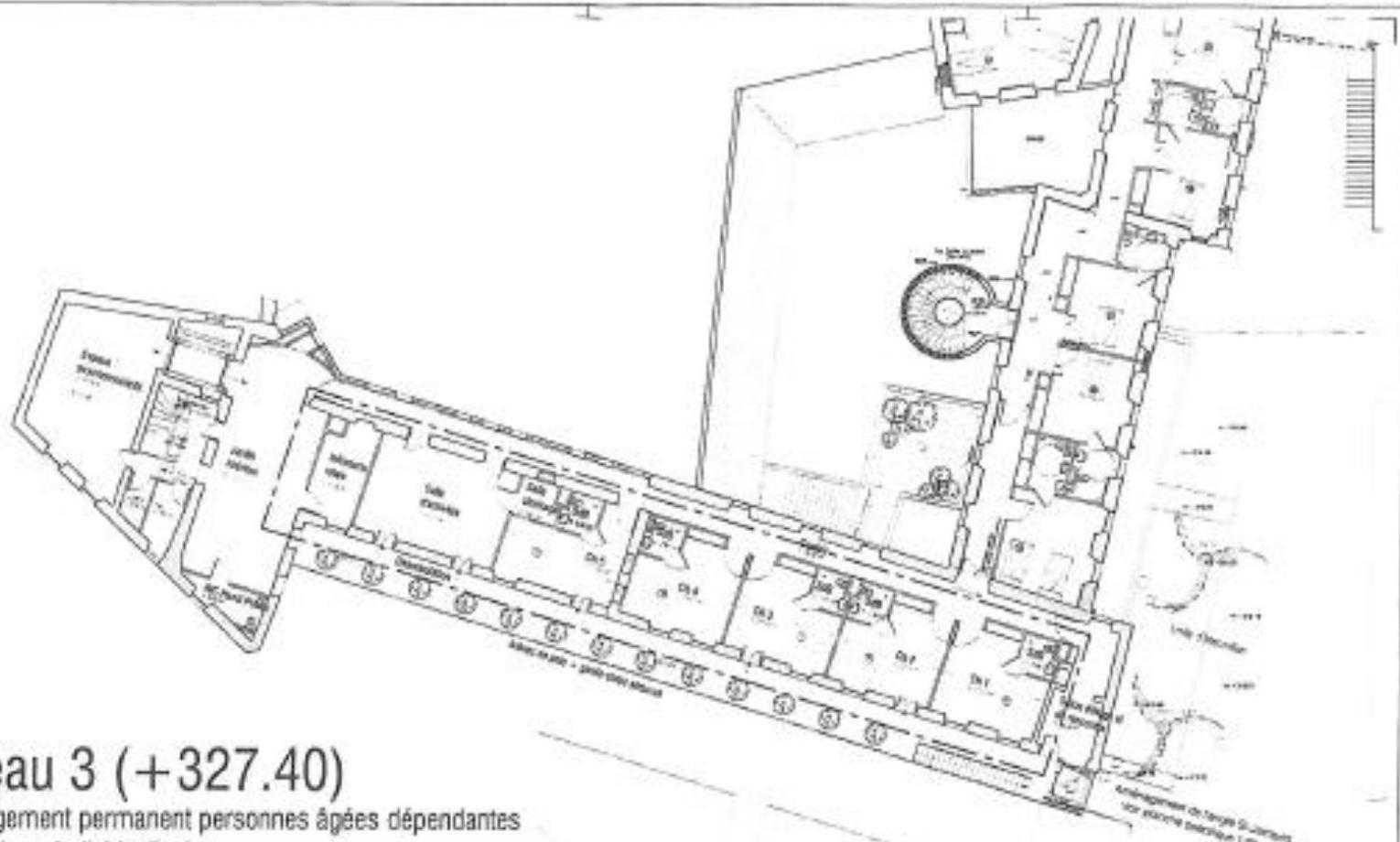
REMARQUES

VENCE - 3ème Tranche

03	PLAN	ETAT	Exploitation	Version

FABRE / SPELLER ARCHITECTES

3, rue Jean Baret, 33000 BORDEAUX FRANCE
Tel : +33 (0) 5 56 12 34 56 78 Fax : +33 (0) 5 56 12 34 56
www.fabre-speller.com



Niveau 3 (+327.40)

- Hébergement permanent personnes âgées dépendantes
(5 chambres individuelles)

Ave-

VENICE - Gama Tranche			
08	PLAN	02/2016	Esquisse
	Scale: 1/200	1/200	Scale: 1/200

FABRE / SPELLER ARCHITECTES
11, rue Jean Racine - 4^{ème} étage 69001 LYON
Tél. : 04 78 44 73 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
Architecture - 2014-2016

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

CAHIER DES CHARGES RELATIF AUX PASA ET UHR POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE EN EHPAD ET EN USLD DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE MALADIE APPARENTEE ET PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Cahier des charges définissant :

1. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

2. Les Unités d'Hébergement Renforcées

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit de généraliser la réalisation de « pôles¹ d'activités et de soins adaptés » dans les EHPAD et « d'unités d'hébergement renforcées » dans les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD) selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées.

Les PASA et les UHR s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de :

- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » (février 2009),
- la Haute autorité de santé (HAS) « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » (à paraître en 2009),

s'appliquent à ces deux types d'unités spécifiques.

1. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

¹ Le terme pôle a été préféré à celui d'unité car il est mieux approprié au mode d'accompagnement ouvert et sans hébergement

CAHIER DES CHARGES DES POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES (PASA)

Le PASA est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Le PASA n'est pas ouvert au recrutement extérieur. Ce pôle accueille chaque jour et, selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD.

Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier de un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.

1. POPULATION CIBLEE

Les PASA accueillent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD, dans lesquelles l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrique, version Equipe Soignante) et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield.

2. CRITERES D'ACCUEIL

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite ;
- le consentement de la personne ait été activement recherché.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe pour la participation de la personne aux activités du pôle. Un entretien est organisé qui fait l'objet d'un compte rendu.

Le livret d'accueil de l'EHPAD précise les modalités de fonctionnement du pôle.

3. PROJET DU PASA

Le projet spécifique du pôle prévoit les modalités de fonctionnement qui répondent obligatoirement aux critères suivants :

3.1 La définition des modalités de fonctionnement du PASA :

Le fonctionnement du pôle nécessite la constitution de groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Les modalités concernant le fonctionnement précisent :

- les horaires du pôle sachant que les résidents prennent au moins le repas du midi sur place
- l'organisation de déplacements des résidents entre leur unité d'hébergement et le pôle d'activités
- l'organisation du déjeuner et des collations
- la procédure permettant de repérer les troubles du comportement, de les signaler et de décrire les méthodes de résolution.

3.2 L'accompagnement à effet thérapeutique

Le pôle propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...)
- au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...)
- à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,...)
- au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,...).

Chacun de ces types d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

3.3 Les modalités d'accompagnement et de soins appropriées

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui concourent à la mise en œuvre du projet d'accompagnement et de soins, font l'objet, au sein de l'EHPAD, d'un protocole qui est suivi et évalué. Ces techniques portent sur :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la prise des repas, ...
- les stratégies alternatives à la contention et les règles à suivre si la contention s'avère indispensable
- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives
- la transmission des informations aux différentes équipes

3.4. L'accompagnement personnalisé de vie et de soins

Le programme d'activités est élaboré par l'ergothérapeute *et/ou* le psychomotricien, en lien avec le médecin coordonnateur, le psychologue et l'équipe.

Ce programme s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute *et/ou* le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

L'accompagnement est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne.

La synthèse et la transmission des informations concernant le résident sont mentionnées dans un dossier.

4. LE PERSONNEL SOIGNANT INTERVENANT DANS LE POLE

4.1 La qualité des professionnels

En complément du personnel intervenant déjà dans l'EHPAD, l'équipe qui est dédiée au PASA est obligatoirement composée :

- d'un psychomotricien *et/ou* d'un ergothérapeute,
- d'assistants de soins en gérontologie.

L'un de ces professionnels doit être en permanence présent dans l'unité.

- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et l'équipe.

Les décisions prises lors de réunions d'équipe font l'objet d'une formalisation écrite.

4.2 La formation du personnel

Les professionnels intervenant au sein du pôle sont formés :

- à l'utilisation des outils d'évaluation ;
- aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

Les autres personnels susceptibles d'intervenir dans le pôle sont formés notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

L'ensemble du personnel de l'EHPAD est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes à la sortie du PASA, dans les meilleures conditions.

5. LA COORDINATION AVEC LE SECTEUR SANITAIRE

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés nécessite la mise en place

d'une coordination active entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sous l'impulsion du médecin coordonnateur.

En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, les EHPAD qui créent un PASA travaillent en partenariat avec les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie,...) ainsi qu'avec une équipe psychiatrique publique ou privée. Il est souhaitable que ce partenariat soit formalisé sous la forme d'une convention.

6. L'ENVIRONNEMENT ARCHITECTURAL DES PASA

L'environnement architectural est le support du projet de soins et d'activités adaptées énoncé précédemment. Il répond à 3 objectifs :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant,
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

6.1. Généralités concernant un environnement architectural sur et rassurant pour un PASA

Le PASA, conçu pour accueillir 12 à 14 résidents, est aisément accessible depuis les lieux d'hébergement de l'EHPAD.

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel, est par ailleurs facilitée par une conception architecturale qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais, bien entendu, dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

Le pôle dispose:

- d'une entrée adaptée,
- d'un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- d'un espace repas avec office,
- d'au moins deux espaces d'activités adaptées,
- de deux WC dont un avec douche,
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement du pôle,
- d'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale du pôle qui traduit les choix préalables du programme d'activités thérapeutiques doit :

- favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel, réduire l'agitation et l'agressivité des résidents,
- prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux.

6.2. Un environnement qui favorise le confort et l'usage

D'un caractère familial et convivial, l'architecture du PASA répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet des activités quotidiennes rappelant celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier est porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien et au confort acoustique des lieux.

6.3 Un environnement qui favorise l'orientation et qui contient la déambulation

La déambulation est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces du pôle permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulant. Dans

le cas de la création d'un PASA par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulants doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces du pôle sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

6.4 Un environnement qui répond à des besoins d'autonomie et d'intimité

Il convient de faciliter l'accès des résidents aux WC qui doivent être aisément identifiables par leur situation et par leur signalisation.

6.5 Les aspects réglementaires

- en matière d'accessibilité : le pôle répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1er août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies,
- en matière de sécurité incendie : le pôle répond à la réglementation ERP de type J (arrêtés du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie).

6.6 Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement du PASA

- L'entrée : espace de transition avec l'extérieur du PASA, la conception de l'entrée du pôle fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes,
- Les espaces de convivialité et de vie sociale : le PASA dispose d'un espace repas avec office, d'un espace salon et d'au moins deux espaces pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives. La prise de repas dans le pôle permet de limiter les déplacements des résidents à l'extérieur
- Les espaces d'activités et de soins : au moins deux espaces sont prévus pour réaliser des activités thérapeutiques. Ils répondent à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel. S'il s'agit d'une création de pôle, il convient d'éviter le caractère polyvalent de ces espaces afin qu'ils soient des éléments de repérages pour les résidents qui les utilisent. Ces espaces qui répondent au projet thérapeutique du pôle peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple il s'agit:
 - soit d'un espace pour activités manuelles: peintures, modelage, ...
 - soit, d'un espace pour activités de musicothérapie,
 - soit, d'un espace d'activités physiques,
 - soit, d'un espace multi-sensoriel,
 - soit, d'un espace de soins et de «bien-être»,
 - soit, d'un espace de jeux,
- Les espaces extérieurs : que le pôle soit situé en rez-de-chaussée ou en étage, il doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.
- Les espaces de services : le pôle dispose des locaux de services nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...

Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
Promotion 2011- 2012

De l'EHPAD au Pôle gériatrique : adaptation et richesse des modes d'accueil de l'EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise »

Résumé :

Les projections démographiques des prochaines années sont annonciatrices d'un vieillissement prépondérant de la population et d'une évolution importante de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. Ainsi, la croissance de la dépendance est inéluctable. Les EHPAD doivent s'adapter.

Les enjeux actuels pour un EHPAD doivent reposer à la fois sur une restructuration des modes d'accueil des personnes hébergées et sur un engagement dans une démarche novatrice.

Les EHPAD « Cantazur » et « la Vençoise » sont dans cette phase de transformation et vont, tout en tout en proposant une offre d'accueil graduée, grâce au projet du pôle gériatrique, s'engager dans une démarche humaniste s'ouvrant sur l'extérieur et proposant des nouvelles technologies en faveur des personnes accueillies.

Des actions ont pu être mises en exergue afin que ce projet, modèle d'adaptation des EHPAD soit également une richesse pour l'existant donnant une « autre image » de l'EHPAD à venir.

Mots clés :

Vieillesse – dépendance – maladie d'Alzheimer – évolution – EHPAD – évolution – restructuration - modes d'accueil graduée – nouvelles technologies – ouverture sur l'extérieur – démarche humaniste – richesse pour l'existant – EHPAD à venir

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

