



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN EHPAD : CONCILIER
LES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES AVEC LE DROIT AU
RÉPIT DES AIDANTS**

Delphine MOLIERES

CAFDES

2007

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord les résidents et les professionnels qui m'ont chaleureusement accueillie et encouragée durant toute la formation. Je remercie plus particulièrement Monsieur Henri GINEYS, maître de stage et Directeur retraité de l'E.H.P.A.D. Les Dominicaines à Ganges, pour son écoute, ses conseils et la confiance qu'il m'a donnée. Cette confiance m'a permis de travailler avec une grande autonomie.

Je remercie également Mademoiselle Séverine JAFFIER, Madame Jacqueline BENOIST et Monsieur BERTHALON, Directeurs d'E.H.P.A.D. pour leurs précieux conseils et témoignages.

Merci également aux équipes pluriprofessionnelles que j'ai pu rencontrer lors de ma formation C.A.F.D.E.S. et pour le temps qu'elles m'ont consacré.

Merci à Monsieur Etienne RICHARD, Président de l'Association Louise et Henri CLERET gestionnaire de la M.A.R.P.A. de JONCY pour m'avoir permis de terminer ce long travail et débiter sur un poste de Directeur.

Merci à l'I.R.F.F.D. et plus particulièrement à Madame Bernadette MARTINEZ, Tutrice, pour son soutien et son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Enfin merci à ma famille, pour sa patience et son indéfectible soutien lors de mes périodes d'angoisse et de doute. Sans leur soutien actif et leur constance au quotidien, ce mémoire et toute cette formation n'auraient pas été possibles.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LA LENTE CONSTRUCTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES	3
1.1 La reconnaissance progressive d'une prise en considération de la perte d'autonomie	3
1.1.1 Le vieillissement démographique	3
1.1.2 De la dépendance à l'autonomie	5
1.1.3 La mise en place d'un outil pour mesurer la dépendance	8
1.2 Les caractéristiques des politiques publiques en faveur des personnes âgées	11
1.2.1 D'une logique d'assistance à la prise en charge par la société	12
1.2.2 La réforme de la tarification des E.H.P.A.D.	14
1.2.3 La politique gérontologique dans l'Hérault	17
1.3 Les politiques de la vieillesse, une construction binaire	19
1.3.1 Le maintien à domicile entre politique sociale et politique économique	19
1.3.2 L'établissement, une solution subsidiaire	21
1.3.3 L'articulation entre maintien à domicile et institution	23
2 - L'E.H.P.A.D. LES DOMINICAINES, UNE STRUCTURE ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES INTEGREE A UN BASSIN GERONTOLOGIQUE	27
2.1 L'environnement de l'E.H.P.A.D.	27
2.1.1 L'évolution de l'E.H.P.A.D. depuis sa création	27
2.1.2 Les caractéristiques de la population	32
2.1.3 Une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge adaptée du résident	36
2.2 La nécessité d'une offre mieux coordonnée	44
2.2.1 La coordination dans les textes	44
2.2.2 La place de l'E.H.P.A.D. dans le réseau	46
2.3 L'émergence de nouveaux besoins des personnes âgées sur le bassin gérontologique de Ganges	47
2.3.1 L'état actuel de la prise en charge des personnes âgées à domicile sur le bassin gérontologique de Ganges	48
2.3.2 Développement de pathologies neuro-dégénératives : une source de dépendance	49
2.3.3 La raréfaction des proches	51

3 - DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES DE L'E.H.P.A.D. PAR LA CREATION DE PLACES EN ACCUEIL DE JOUR ET EN SEJOUR TEMPORAIRE _____ 55

3.1 L'accueil de jour et le séjour temporaire, un service de proximité à destination des personnes âgées et leurs familles _____ 55

3.1.1 Proposer un accueil de proximité pour un véritable choix de services _____ 55

3.1.2 Prévoir les éléments techniques _____ 60

3.1.3 Financer des places en accueil de jour et en séjour temporaire _____ 63

3.2 Dynamiser l'équipe autour du projet d'accueil de jour et de séjour temporaire _____ 65

3.2.1 La gestion des places en accueil de jour et en séjour temporaire : le personnel, moteur du changement. _____ 65

3.2.2 Former le personnel, levier de changement _____ 67

3.2.3 Recruter et adapter les compétences aux besoins de l'utilisateur _____ 69

3.3 La démarche de projet autour du projet d'établissement _____ 71

3.3.1 Mettre en place le projet d'établissement _____ 72

3.3.2 Ouvrir l'établissement sur l'extérieur _____ 75

3.3.3 Se positionner dans une véritable démarche d'évaluation de projet _____ 77

CONCLUSION _____ 80

Bibliographie _____ 81

Liste des annexes _____ 83

Liste des sigles utilisés

A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
A.M.P. : Aide Médico-Psychologique
A.P.A. : Allocation Personnalisée d'Autonomie
A.S. : Aide-Soignante
B.I.T. : Bureau International du Travail
B.P. : Budget Prévisionnel
C.A. : Compte Administratif
C.A.F.A.M.P. : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique
C.A.N.T.O.U. : Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupation Utile
C.D.D. : Contrat à Durée Déterminée
C.L.I.C. : Comité Local d'Information et de Coordination
C.R.A.M. : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
C.R.O.S.M.S. : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
C.V.S. : Conseil de la Vie Sociale
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.P. : Délégué du Personnel
D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.S.A.T. : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
E.T.P. : Equivalent Temps Plein
G.I.R. : Groupe Iso-Ressources
G.M.P. : Groupe Moyen Pondéré
G.P.E.C. : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
H.A.C.C.P. : Hazard Analysis of Critical Control Point (Système d'analyse des dangers et de maîtrise des points critiques)
I.D.E. : Infirmière Diplômée d'Etat
J.O.R.F. : Journal Officiel de la République Française
P.S.D. : Prestation Spécifique Dépendance
P.U.I. : Pharmacie à Usage Intérieur
S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers à Domicile

INTRODUCTION

"Les mains racontent une histoire, l'histoire de chaque homme, de chaque femme. Chargées de mémoire, les mains usées des vieillards cherchent les mains vives des plus jeunes. Les rencontrent-elles ?"¹

Aujourd'hui, un Français sur cinq connaît, dans son entourage familial immédiat, une personne âgée dépendante.

Le vieillissement de la population française est un phénomène démographique propre à tous les pays développés.

L'espérance de vie de l'homme connaît depuis plusieurs décennies la phase de croissance la plus rapide de toute l'histoire de l'humanité.

Aujourd'hui, l'espérance de vie pour un homme est de 77,1 ans et de 84 ans pour une femme.

Cette constatation est devenue un véritable problème de société pour les prochaines décennies, tant sur le plan économique que dans le domaine éthique.

La principale conséquence de ce phénomène est la dépendance. Touchant à des degrés divers plus d'un million de personnes de plus de 60 ans, elle met à l'épreuve la solidarité familiale et pose à la société tout entière un défi majeur auquel notre pays doit répondre.

Durant des siècles, les familles ont assuré la prise en charge de leurs aînés. Les Hôtels-Dieu puis les établissements d'accueil sont venus suppléer en cas de carence. Enfin les services d'aide à domicile créés pour prévenir ou différer l'entrée en institution, ont connu un développement massif depuis les années 60/70. Par la suite, les S.S.I.A.D. sont venus compléter le travail des infirmiers libéraux et des services d'aides ménagères, ce qui a permis de maintenir à domicile des personnes âgées devenues trop dépendantes.

Aujourd'hui, la personne âgée ne dispose bien souvent que d'un choix binaire entre le maintien à domicile et le placement en établissement.

Depuis le rapport LAROQUE de 1962, le maintien à domicile est privilégié à l'entrée en institution.

Or, bien que les personnes âgées devenues dépendantes affichent clairement leur désir de rester chez elles le plus longtemps possible, le maintien à domicile est devenu

¹ C. MEMIN, « Projet de vie avec les personnes âgées en institution », Le Centurion 1984

inadapté. En effet, il ne répond plus intégralement aux attentes des personnes âgées. De plus, les familles, pour toutes sortes de raisons, ne peuvent plus assurer la prise en charge de leurs aînés comme auparavant.

L'entrée en établissement, souvent tardive, précipitée, est quant à elle, généralement vécue comme une véritable rupture avec le domicile et les proches. C'est un point de « non retour ».

Si rien n'est fait pour réduire ce traumatisme, cette coupure brutale entre le domicile et l'établissement peut devenir humainement insoutenable pour la personne âgée.

Avec une augmentation croissante de la dépendance, avec toutes les conséquences qui lui sont propres, comment, en position de Directrice, puis-je proposer une réponse afin de concilier les attentes des personnes âgées et le droit au répit des aidants ?

Face aux visites régulières de familles et au nombre d'appels téléphoniques insistants auprès de l'E.H.P.A.D., qui ne cessent d'augmenter pour prendre en charge leur proche de façon temporaire afin de les « soulager », j'ai décidé de mener une étude plus approfondie concernant ces besoins.

A la demande du Conseil d'Administration, ma mission consiste à mener des actions pour assurer le développement de l'E.H.P.A.D. et son adéquation avec les attentes des populations.

Dans une première partie, j'aborderai les évolutions de la société sur le vieillissement de la population et la dépendance des personnes âgées au travers des dispositifs mis en place par les politiques sociales. Je verrai alors que la personne âgée ne dispose bien souvent que d'un choix binaire qu'elle doit exercer entre le domicile et l'institution.

Dans une seconde partie, je m'attacherai à étudier le fonctionnement de l'E.H.P.A.D. Les Dominicaines. J'identifierai également les besoins des personnes âgées qui vivent sur le bassin gérontologique de Ganges. Je m'accorderai à voir aussi comment je peux proposer un droit au répit aux aidants.

Enfin dans une troisième partie, je proposerai la création de places en accueil de jour et en séjour temporaire adaptées aux attentes des personnes âgées et de leurs proches. Je rapprocherai d'abord ces types d'accueil du contexte législatif et réglementaire.

Puis, je préciserai les finalités de cette création en termes de soutien à la personne âgée et à ses proches.

1 - LA LENTE CONSTRUCTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Avec près de treize millions de personnes de plus de 60 ans² en France contre six millions³ en 1950, la prise en charge des personnes âgées est devenue l'une des priorités du Gouvernement.

Philippe BAS, Ministre Délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, a annoncé la mise en place d'une politique du Grand Age au travers du Plan Solidarité Grand Age⁴.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics ont pris en charge le financement de la dépendance de la personne âgée liée en grande partie à l'allongement de la durée de vie (1). Les premières politiques sociales en faveur des personnes âgées sont relativement récentes et ont dû prendre en considération l'évolution démographique de notre société moderne (2). Toutefois, il est intéressant de voir que la construction de la prise en charge de la personne âgée s'est faite de manière binaire (3).

1.1 LA RECONNAISSANCE PROGRESSIVE D'UNE PRISE EN CONSIDERATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

La fin du XXe siècle a été témoin d'une prise de conscience collective des problèmes liés au vieillissement de notre société et plus particulièrement d'une nouvelle problématique : la dépendance.

1.1.1 Le vieillissement démographique

« Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française et plus encore dans celle de demain »⁵

1.1.1.1 Le vieillissement, une évolution incontournable

La population mondiale vieillit. Le vieillissement démographique est le résultat d'une lutte contre la mortalité (avancées médicales, meilleure hygiène...) et d'une baisse de la

² Les instruments réglementaires et statistiques définissent comme « personnes âgées » les personnes de 60 ans et plus. Toutefois, cet âge ne constitue pas un seuil pertinent dans le processus de vieillissement et moins encore pour la dépendance qui ne concerne qu'une faible part des sexagénaires.

³ Source INSEE

⁴ Plan Solidarité Grand Age présenté le 27 juin 2006

⁵ P. LAROQUE, Rapport, 1962

fécondité.

Le vieillissement de la population est un fait majeur de nos sociétés modernes.

L'espérance moyenne de vie de l'homme dans le monde occidental est passée en un siècle de 47 à 79 ans.

Chaque année, l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre. En 2006, en France, l'espérance de vie est de 84 ans pour une femme et de 77,1 ans pour un homme².

En 1999, plus d'un habitant sur cinq avait plus de 60 ans.

En 2005, il y avait plus d'un million de personnes de plus de 85 ans. Leur nombre aura doublé en 2020.

Quatre générations, voire cinq, coexistent au sein d'une même famille.

	Population totale ⁶			Population de plus De 60 ans ⁶			Population de plus de 75 ans ⁶		
	1990	1999	2006	1990	1999	2006	1990	1999	2006
France	58 074	60 186	61 044	6925	7885	7942	3838	4245	5040
Languedoc Roussillon	2 113	2 296	2 497	320	359	365	178	200	236
Hérault	794	896	982	112	129	133	62	71	84

La cause essentielle de cette situation réside dans l'insuffisance des natalités françaises et l'allongement moyen de la vie humaine qui accroît le nombre de personnes âgées. C'est le résultat :

- des progrès médicaux,
- des recherches en matière gériatrique,
- de la protection sociale,
- de l'augmentation des revenus,
- des conditions de vie améliorées,
- de l'ensemble des transformations dans le domaine technique et économique qui ont eu des répercussions sur les conditions de travail.

Les personnes de soixante ans et plus qui étaient de 12.5 millions en 2000 (soit 22% de la population) seront 17 millions en 2020 et près de 21.5 millions en 2040, ce qui représentera près du tiers de la population totale.

⁶ En millier d'habitants

1.1.1.2 Le vieillissement du bassin gérontologique de Ganges

Si je m'intéresse aux données démographiques spécifiques à la région, le Languedoc-Roussillon compte près de 2 400 000 habitants⁷. Les personnes de soixante ans et plus représentent 24% des habitants (21% au plan national), les 75 ans et plus représentent 9% de la population régionale (contre 7% au niveau national).

Le Languedoc-Roussillon est l'une des régions les plus vieillissantes.

Le bassin gérontologique de Ganges qui est situé dans un milieu semi-rural est composé de neuf communes (cf. carte en annexe)

	Nb total d'hab.	+60 ans	+85 ans	% personnes âgées
Agones	179	57	3	33%
Brissac	469	138	25	34%
Cazilhac	1161	34	327	31%
Ganges	3995	1204	1924	78%
Laroque	1138	374	42	36%
Montoulieu	117	10	1	9%
Moules et Baucels	970	160	5	17%
Saint Bazille de Putois	1140	559	84	56%
TOTAL	8676	2536	2411	57%

Le bassin est caractérisé par un vieillissement de ses habitants. En effet, plus d'un habitant sur deux vivant sur le canton est âgé de soixante ans et plus. Ce contraste est d'autant plus frappant que l'agglomération montpelliéraine est jeune (18% de plus de soixante ans et 48% de moins de 30 ans)

1.1.2 De la dépendance à l'autonomie

Le vieillissement n'est pas synonyme de maladie, mais d'un risque de vulnérabilité lié aux maladies invalidantes.

Avant d'aborder cette partie, je vais définir les termes afin d'avoir une harmonisation sur leur sens.

En effet, différents débats sont récurrents. Le premier oppose l'usage du terme « dépendance » à celui de « perte d'autonomie ».

⁷ Source DRASS au 1^{er} janvier 2003

Selon le Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement : **Dépendance** est définie par: « le fait qu'une personne n'effectue pas, sans aide, les activités de la vie quotidienne. » Cette définition se situe dans l'ordre du pouvoir.

Pour le sociologue B. ENNUYER, le mot dépendance est synonyme « *dans son sens premier de « lien social » il exprime l'idée de corrélation, d'interdépendance et de solidarité. Son sens a évolué jusqu'à induire une représentation sociale de la dépendance extrêmement négative sous forme de « charge financière » et de « problème social » pour la société.* »⁸. Lorsqu'il s'agit de personnes âgées, « la dépendance est couramment définie comme le recours à une aide (humaine ou technique) pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne »⁹. Mais on parle le plus souvent d'autonomie.

La Loi du 24 janvier 1997 créant la P.S.D. définit la dépendance comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance prolongée ». Ce terme de dépendance renvoie donc à un état de soumission.

Autonomie est définie par la : « capacité ou droit qu'a une personne à choisir les règles de sa vie et les risques qu'elle est prête à courir ». On est dans l'ordre du vouloir.

La notion de **choix** prédomine dans la définition de l'autonomie. Ainsi, une personne peut être dépendante, tout en gardant une grande autonomie, et à l'inverse, une personne peut n'avoir aucune autonomie sans être pour autant dépendante. Même dépendante, toute personne doit continuer à exercer ses droits, ses devoirs et ses libertés de citoyen. A ce titre, une partie de la circulaire Francesci de 1982 est consacrée à l'objectif suivant : garantir à chacune des personnes très âgées le cadre de vie de son choix, que ce soit l'habitation ou les prestations médico-sociales.

Avec l'allongement de la durée de vie, en 1997, les pouvoirs publics ont dû prendre en considération le phénomène de dépendance. En effet, l'âge est un facteur déterminant de la dépendance.

La Prestation Spécifique Dépendance, se substituant à l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne¹⁰ a alors été mise en place afin de répondre à un besoin. La loi du 24 janvier 1997 avait pour objectif de transformer la prise en charge des personnes âgées dépendantes en créant une prestation particulière et de réformer la tarification des

⁸ ENNUYER B. La généalogie de la Prestation Spécifique Dépendance in les Cahiers de la fondation Nationale de Gérontologie n°84, ibid Bien Vieillir

⁹ B.BEAUFILS, Actualité et dossier en santé publique, n°20 septembre 1997, page VII

¹⁰ L'attribution de l'ACTP relevait des COTOREP, elle a été instaurée par la loi n°75-534 du 30 janvier 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapée.

établissements pour personnes âgées.

Toutefois, la P.S.D. était critiquable puisqu'elle était inégalitaire face au risque concerné : la dépendance. En effet, la P.S.D., relevant de la compétence du département, était d'un montant différent d'un département à un autre. Les conditions de ressources pour en bénéficier étaient drastiques. En effet, la prestation était limitée à la personne déterminée GIR 1 à 3 et elle était récupérable sur la succession.

La loi du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, a alors instauré l'Allocation Personnalisée d'Autonomie¹¹. En effet, le changement de sémantique pour le nom de la prestation montre bien que le législateur a pris en considération le fait que des personnes âgées peuvent être dépendantes, mais conservent encore le choix de vivre à domicile, choix possible grâce à une aide financière et matérielle.

Les caractéristiques de cette prestation sont les suivantes :

- Ouverture d'un droit universel à toute personne âgée, résidant en France, se trouvant dans l'incapacité.
- Elargissement du champ de la prestation adaptée aux besoins de la personne. Les personnes âgées relevant du GIR 4 peuvent dorénavant bénéficier de l'allocation.
- Personnalisation de l'allocation en fonction du degré de perte d'autonomie de la personne âgée dans le cadre d'un plan d'aide individualisé et en fonction des ressources. Le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile créé en 1998 est dorénavant demandé pour travailler à domicile.
- Encadrement de la prestation qui garantit un système de prise en charge cohérent, plus accessible et plus généreux. Ce sont les équipes médico-sociales du département qui évaluent la personne à domicile et lui attribuent un "girage".
- Amélioration de la qualité des prestations assurées aux personnes âgées et leur diversification.
- Amélioration de la gestion de la prestation, du pilotage et du dispositif.
- Mise à contribution de la solidarité nationale.

L'idée d'un cinquième risque de sécurité sociale consacré à la dépendance des personnes âgées est en débat depuis le début des années 1990. Mais les rapports Boulard¹² et Schopflin avaient écarté cette piste en raison du coût. Le rapport fait à Monsieur Ph. BAS

¹¹ P. TERASSE, Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie, Rapport parlementaire, 4 avril 2001

¹² J.C. BOULARD, Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, Rapport d'information, 30 juillet 1999

considère qu' « envisager une branche de la protection sociale consiste à s'interroger sur les modalités d'établissement d'un équilibre de long terme entre les dépenses et les divers financements publics affectés à la couverture du risque dépendance. »¹³

Mais en 2007, l'idée de créer un cinquième risque est à nouveau d'actualité. « *Ce que je souhaite, c'est donc construire une cinquième branche de la protection sociale, qui ne sera pas une cinquième branche de sécurité sociale, car cela remettrait en cause les acquis de l'organisation actuelle.* »¹⁴

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A.) a été créée par la loi du 30 juin 2004¹⁵. Elle a vocation à financer des aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Elle fait appel à la solidarité nationale par le biais d'un jour travaillé non rémunéré.

1.1.3 La mise en place d'un outil pour mesurer la dépendance

Avec le vieillissement de la population, il a été nécessaire d'évaluer la dépendance à partir des années 80 afin de répondre aux nouveaux besoins qui en découlent.

De nombreux outils, des grilles ont alors été mis en place selon le secteur d'intervention dans la prise en charge de la personne âgée (aide à domicile, établissement) et les objectifs recherchés.

Dans le cadre de la réforme de la tarification des E.H.P.A.D., la grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (A.G.G.I.R.), outil multidimensionnel, s'est imposée comme grille nationale d'évaluation de la dépendance physique et psychique (désorientation, détérioration intellectuelle). Elle permet d'évaluer l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées par la personne seule.

Cette grille simple d'utilisation, fiable, est utilisable à domicile comme en institution. Son objectif est de classer les sujets âgés dépendants en groupe iso-ressources (G.I.R.) de charge de travail.

Pour déterminer le niveau de dépendance dont la personne relève, la grille est constituée de dix variables discriminantes auxquelles sont associés des codes.

¹³ P. GUINCHARD-KUNSTLER, Vieillir En France, Rapport Parlementaire, 1999

¹⁴ Ph. BAS, Relever le défi de la dépendance, Conférence de presse, 20 mars 2007

¹⁵ LOI n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF 1^{er} juillet 2004

VARIABLES DISCRIMINANTES	
Cohérence	Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée
Orientation	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
Toilette	Concerne l'hygiène corporelle
Habillage	S'habiller, se déshabiller, se présenter
Alimentation	Manger les aliments préparés
Elimination	Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir
Déplacements à l'intérieur	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant
Déplacements à l'extérieur	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
Communication à distance	Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme

Les dix variables dites discriminantes de la grille A.G.G.I.R., se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique.

Chaque activité est examinée à partir de quatre adverbes :

-Spontanément¹⁶

-Totalelement¹⁷

-Correctement¹⁸

-Habituellement¹⁹

	OUI	NON	
Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Code <input type="checkbox"/>

Code A : réponse positive aux quatre adverbes (fait seul, totalement, habituellement et correctement)

Code B : réponse négative à certains adverbes (fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement)

Code C : réponse négative aux quatre adverbes (ne fait pas)

¹⁶ Fait spontanément seul sans incitation, ni stimulation de la part d'un tiers

¹⁷ Référence à l'ensemble des activités et avec tous ses interlocuteurs

¹⁸ Référence à l'environnement conforme aux usages

¹⁹ Référence au temps

L'utilisation de l'outil A.G.G.I.R. permet d'évaluer la perte d'autonomie de la personne à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. L'intervention des aidants et/ou soignants n'entre pas en considération pour l'évaluation de la personne.

Les sept variables dites illustratives, se rapportent à la perte d'autonomie domestique et sociale. Elles permettent d'argumenter les commentaires. Elles ne rentrent pas en compte dans l'évaluation de l'autonomie.

VARIABLES ILLUSTRATIVES DE LA DEPENDANCE DOMESTIQUE ET SOCIALE	
GESTION	Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens
CUISINE	Préparer ses repas et les conditionner pour être servis
MENAGE	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers
TRANSPORT	Prendre et/ou commander un moyen de transport
ACHAT	Acquisition directe ou par correspondance
SUIVI DU TRAITEMENT	Se conformer à l'ordonnance du médecin
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE	Activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps.

Une fois l'évaluation de la personne réalisée, cette dernière va être classée dans un groupe appelé Groupe Iso-Ressources. Un G.I.R. comprend des personnes qui nécessitent une même mobilisation de ressources pour faire face à leur dépendance.

La grille A.G.G.I.R. classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. La définition de ces groupes ne peut être réalisée que par traitement informatique.

Les niveaux de "girage" sont les suivants :

- GIR1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- GIR 2 est composé de deux sous groupes :
 - personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui demandent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
 - personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible, mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement
- G.I.R.3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent, quotidiennement et plusieurs fois par jour,

des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

- G.I.R.4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- G.I.R.5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent solliciter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- G.I.R.6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

La mise en place de cette grille a été une avancée puisque c'est un outil utilisable par les différents intervenants de la prise en charge des personnes âgées. Par contre, elle ne permet pas d'évaluer les soins de prévention, les pathologies ou les déficiences neurosensorielles et ne prend pas suffisamment en compte l'environnement social et familial.

Toutefois, l'A.G.G.I.R. est une grille dédiée à l'attribution d'un pourcentage du montant de l'A.P.A. c'est-à-dire un financement de la dépendance, **ce n'est pas une mesure de la charge en soins**. D'autres outils mesurent les soins donnés.

Certains auteurs considèrent également que la grille A.G.G.I.R. « *n'est pas l'outil capable de s'adapter à toutes les structures, à se plier à toutes les exigences, car la dépendance n'existe pas en dehors de notre manière de la penser, et il est nécessaire de renoncer à l'idée que le seul problème est de « bien la mesurer » ou de « choisir le meilleur instrument »*. Les préoccupations du directeur de maison de retraite, d'un gérontologue, d'un financeur sont-elles les mêmes ? »²⁰

1.2 LES CARACTERISTIQUES DES POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

Les politiques publiques en faveur des personnes âgées se sont construites lentement pour prendre en considération les phénomènes de société et plus particulièrement le vieillissement de la population qui conduit au phénomène de dépendance. La réforme de tarification des établissements accueillant des personnes âgées a intégré cette prise en

²⁰ BEAUFILS B., L'évaluation de la dépendance des personnes âgées : étude critique

charge de la dépendance. Le département de l'Hérault n'échappe pas à ce vieillissement. Il a dû le prendre en considération lors de la construction du dernier schéma gérontologique.

1.2.1 D'une logique d'assistance à la prise en charge par la société

Pendant longtemps, les familles ont gardé leurs personnes âgées à domicile. C'est une logique d'assistance qui a dominé jusqu'au lendemain de la seconde Guerre Mondiale.

Une loi de 1905 portant assistance aux vieillards, infirmes et incurables, a permis aux personnes âgées sans ressources d'être, soit dans des hospices, soit de percevoir une pension.

En 1956, fut créé le fonds national de solidarité afin de verser un minimum vieillesse à toute personne âgée de plus de 65 ans.

C'est dans le début des années 60 que les politiques publiques ont commencé à prendre en considération la problématique de la prise en charge des personnes âgées.

En effet, le 8 avril 1960, la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse fut créée et présidée par Pierre LAROQUE.

Son champ de réflexion portait sur les problèmes d'emploi, de retraite et de conditions d'existence des personnes âgées. En 1962, le rapport LAROQUE a fait accélérer les pouvoirs publics en matière de politique de soutien financier, de garantie de ressources des personnes âgées et d'aide à domicile (objectif prioritaire du rapport).

Ce rapport a été le point de départ d'une réflexion sur la politique globale de la personne âgée dans la société française.

A partir de 1970, il s'est développé une véritable politique en faveur des personnes âgées. En effet, la loi du 31 décembre 1970 qui fait de l'Hôpital la clé de voûte du système sanitaire, exclut de ses missions l'accueil des personnes âgées et des infirmes. L'hôpital est défini comme un lieu de soins et non un lieu d'accueil. En effet, les Hôtels-Dieu, puis les hospices accueillirent pendant longtemps malades, infirmes et vieillards sans aucune distinction. Puis le système s'est structuré autour d'un versant sanitaire d'une part et d'un versant social et médico-social d'autre part.

Alors, la loi du 30 juin 1975²¹ est venue prendre en compte l'existence anarchique d'établissements pour personnes âgées. Depuis, elle coordonne les créations

²¹ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales, JORF 1^{er} juillet 1975

d'établissements et crée les sections de cure médicale. En effet, l'article 1^{er} énonce : « *Sont des institutions sociales ou médico-sociales [...] tous les organismes qui [...] hébergent des personnes âgées.* »

La circulaire du 7 avril 1982 met l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées.

Puis, avec la constatation du vieillissement de la population, est apparu le phénomène de dépendance des personnes âgées. Les personnes accueillies en établissement arrivent de plus en plus tardivement avec une moyenne d'âge de 83 ans.

Dès le début des années soixante, P. LAROQUE relevait dans son rapport que les personnes âgées étaient souvent confrontées à des conditions matérielles lamentables et qu'il était pressant de garantir à chacune des ressources qui lui assurent une vie décente.

Face au vieillissement progressif de la population française et à l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique, depuis la seconde moitié des années 1990, les pouvoirs publics ont commencé à prendre en compte l'ensemble de ces défis en engageant deux réformes.

La première vise à répondre aux besoins croissants des personnes âgées et de leurs familles en instaurant la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.)²².

Dans la même logique de prise en charge de la dépendance, la loi du 20 juillet 2001 a instauré l'aide personnalisée d'autonomie (A.P.A.) remplaçant la P.S.D. Elle se veut une prestation universelle, égalitaire et personnalisée.

La deuxième a pour objet de médicaliser et de moderniser le parc des établissements d'hébergement. Dans le même temps, la loi du 24 janvier 1997 pose les principes de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, intégrant une prise en charge spécifique de la dépendance.

Puis la loi du 2 janvier 2002 est venue modifier en profondeur le secteur social et médico-social en rappelant notamment les droits de la personne accueillie.

« L'intervention des pouvoirs publics dans le domaine de la vieillesse est devenue, dans ces conditions, indispensable. Elle doit s'étendre à tous les aspects de la vie des personnes âgées et implique qu'une analyse exacte et précise de leurs besoins propres soit faite. »²³

²² Loi n°97-50 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

²³ P. LAROQUE, Rapport, 1962

Suite aux effets de la canicule en 2003, la réflexion s'est imposée. Elle porte sur la création d'un cinquième risque de la Sécurité Sociale pour prendre en charge la dépendance. Mais les pouvoirs publics ont opté pour la création d'une nouvelle caisse pour assurer le financement de la dépendance.

La dernière réforme en date accroît les sources de financement affectées à la prise en charge de la dépendance en instaurant une journée de solidarité et en créant la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A.)²⁴.

Dans son rapport²⁵, la Député du Doubs, Paulette GUINCHARD KUNSTLER, a rappelé que « *les politiques du vieillissement se doivent de donner un sens à ce dernier temps de la vie que constitue la vieillesse. Le vieillard doit être en tant que personne, le cœur de tous les dispositifs publics qui doivent s'adapter aux situations singulières et non l'inverse. L'intégrité des personnes doit être respectée [...] Ces politiques du vieillissement doivent se mettre en œuvre au plus près des préoccupations des gens sur un territoire, un bassin de vie.* »

Les politiques publiques en faveur des personnes âgées veulent promouvoir l'idée du bien vieillir.

1.2.2 La réforme de la tarification des E.H.P.A.D.

Le décret du 26 avril 1999, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, est venu modifier le système de tarification des établissements.

L'origine de la réforme

Cette réforme a prévu de tarifier les établissements en fonction des besoins des résidents plutôt qu'en fonction du statut des établissements. Ce changement est intervenu en vue d'intégrer un élément qui avait été oublié en 1997 : le dispositif de médicalisation.

La réforme de la tarification des E.H.P.A.D. trouve son origine dans le constat d'insuffisances ou d'incohérences du mode de financement antérieur.

Celui-ci reposait sur une double source de recettes :

²⁴ Loi n°2004-626 du 0 juin 2004 relative à la solidarité des personnes âgées et des personnes handicapées, JORF 1^{er} juillet

²⁵ GUINCHARD KUNSTLER P., Vieillir en France, Rapport, Juin 1999

- Un forfait de section de cure médicale, financé par l'assurance maladie. Ce dispositif correspond à une logique de recette forfaitaire, par jour et par résident, destinée à couvrir la prise en charge des dépenses à caractère médical.
- Un prix de journée pris en charge par le résident pour financer les dépenses affectées à l'hébergement (repas, entretien du linge, aide à la personne...)

Mais ce dispositif de financement a rapidement révélé un certain nombre de limites :

- Il ne permettait pas une allocation équitable des dépenses financières par l'assurance maladie. Moins de la moitié des maisons de retraite²⁶ disposait d'une section de cure médicale.
- Il ne permettait pas un ajustement des prix de journée en fonction de la qualité des services rendus aux résidents, créant ainsi une inégalité. En effet, la dépendance était une charge non individualisée. Le prix unique ne prenait pas en compte le degré d'autonomie de la personne et, par conséquent, le coût réel de sa prise en charge. Une partie de la dépendance qui se retrouvait dans le prix de journée hébergement de l'établissement, était alors répartie sur l'ensemble des résidents.
- Il ne permettait pas une prise en charge de la perte d'autonomie. En effet, la P.S.D. n'était allouée qu'à 10% des personnes âgées accueillies en établissement. Ce chiffre était très inférieur à la réalité du phénomène de dépendance en sachant que deux tiers des résidents en établissement ont perdu leur autonomie.

1.2.2.1 Les principes de la réforme de la tarification

Le principe d'une réforme de la tarification des E.H.P.A.D. avec une individualisation et une prise en charge spécifique de la dépendance avait déjà été posé par la loi du 24 janvier 1997²⁷ instaurant la P.S.D.

Les fondements et les mécanismes de cette réforme de la tarification ont été définis en 1999, puis par le décret du 4 mai 2001²⁸. Dans le même temps, était lancée la réflexion sur le remplacement de la P.S.D. par l'A.P.A.

²⁶ 3500 établissements sur 7800 et les 135 000 places de section de cure médicale des maisons de retraite dites « médicalisées » ne représentaient que 47% de la capacité totale

²⁷ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

²⁸ Décret no 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes , JORF 6 mai 2001

La réforme de la tarification repose sur la mise en œuvre de sept objectifs :

- Transparence des coûts pour déterminer précisément les différentes composantes du coût total de la prise en charge et imputer à chaque financeur des coûts clairement identifiés.
- Renforcement des financements en faveur des établissements les plus mal dotés.
- La solidarité envers les personnes âgées dépendantes : l'A.P.A. leur permettant d'acquitter le tarif dépendance.
- La qualité : les aspects tarifaires de la réforme sont liés à l'amélioration de la qualité des prestations proposées aux résidents.
- Le partenariat qui est matérialisé par la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'Etat dans le département.
- La formation des salariés : la réforme a porté un intérêt particulier à la formation continue et à l'intervention de salariés diplômés.
- Modernisation des établissements : adaptation des établissements aux mutations des besoins des personnes âgées (progression constante des personnes désorientées)

1.2.2.2 Un budget ternaire

La mise en œuvre de ces principes se traduit par la mise en place dans chaque établissement d'une tarification ternaire composée des éléments suivants :

- Un tarif hébergement acquitté par le résident
- Un tarif soins financé par l'assurance maladie
- Un tarif dépendance

TARIF	DOMAINE D'APPLICATION	REMARQUES
HEBERGEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Administration générale • Restauration • Entretien • Animation de la vie sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarif identique pour les résidents car il n'y a pas de lien avec le degré d'autonomie • Prix de journée arrêté par le Président du Conseil Général si l'établissement est habilité à l'aide sociale • Financé par le résident ou aide sociale
SOINS	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de « nursing » : prestations paramédicales • Soins « techniques » : prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> • Passage d'une logique forfaitaire (section cure médicale) à un financement coût réel • Les E.H.P.A.D. ne disposant pas d'une P.U.I. ne peuvent plus prendre en compte les médicaments qui sont maintenant prescrits et remboursés au résident. • Tarif arrêté par le préfet (D.D.A.S.S.) • Acquitté par l'assurance maladie sous forme de dotation globale

DEPENDANCE	Ensemble des prestations d'aide et de surveillance apportées aux personnes âgées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie pour l'accomplissement des actes ordinaires dans la vie courante.	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque établissement dispose de trois tarifs correspondant au degré de perte d'autonomie du résident concerné selon son G.I.R. • Prix de journée, arrêté par le Président du Conseil Général • Acquitté par le résident mais est couvert par l'A.P.A. pour les résidents classés dans les G.I.R. 1 à 4.
------------	---	---

Les sections cure médicale sont supprimées.

Ces trois tarifs composent trois sections budgétaires distinctes dont les charges et les produits sont calculés et arrêtés séparément, chaque section devant être équilibrée.

Les sections tarifaires sont étanches, c'est-à-dire que toute compensation entre sections est interdite.

L'amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations constitue une composante à part entière de la réforme de la tarification des E.H.P.A.D. Les engagements sont matérialisés dans un projet d'établissement qui comporte lui-même un projet de vie et un projet de soins.

1.2.2.3 La convention tripartite

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des E.H.P.A.D. passe par l'élaboration et la signature d'une convention tripartite pour cinq ans entre l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (préfet).

Ce document établi à partir d'un cadre national définit les conditions de fonctionnement de l'établissement :

- Sur le plan budgétaire
- En matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées

La convention précise également les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

1.2.2.4 Un référentiel qualité et son outil d'évaluation

Afin de rendre un contrôle possible, un référentiel qualité a été mis en place. Il est destiné à aider et à encadrer la démarche qualité voulue et décidée par l'établissement.

L'outil d'évaluation ANGELIQUE mis en place par la mission MARTHE est un outil nécessaire pour permettre aux établissements d'atteindre les objectifs contractualisés dans la convention.

1.2.3 La politique gérontologique dans l'Hérault

« *Ne laisser personne au bord du chemin* » c'est ce que le Président du Conseil Général de l'Hérault s'est fixé comme objectif pour les années à venir.

C'est la loi de décentralisation du 6 janvier 1986 qui attribue aux départements la compétence en matière d'action sociale. Les personnes âgées sont concernées par ce texte, qu'il s'agisse du suivi social ou de l'organisation des équipements et services aux personnes.

Aujourd'hui, le troisième schéma gérontologique du département qui couvre la période 2003-2007 a été construit dans un contexte juridique et démographique en pleine mutation.

En effet, sur le plan législatif avec l'instauration de la P.S.D. en 1997, puis de l'A.P.A. en 2001 et l'instauration de la coordination gérontologique sur le terrain, le département de l'Hérault a dû prendre en compte toutes ces nouveautés pour construire ce schéma.

De plus, le Département de l'Hérault connaît également une régulière et significative évolution de sa démographie qui vieillit, phénomène qui est identique au niveau national. A l'horizon 2015-2020, les projections démographiques s'accordent à dire que l'Hérault pourrait accueillir plus d'un million de personnes dont près de cent mille personnes de plus de 75 ans.

Le département de l'Hérault est composé de onze bassins gérontologiques qui ont été déterminés à partir d'un ensemble de données démographiques, sociologiques et d'équipements. Le bassin gérontologique est l'espace de base de la coordination gérontologique.

Le découpage en bassins a pris en compte les spécificités du département. En effet, la population héraultaise est répartie de manière très inégale sur le territoire départemental. 2/3 de la population sont regroupés sur trois bassins situés sur le littoral : Montpellier²⁹, Sète et Béziers. Par contre, il y a des zones du territoire qui sont géographiquement à l'opposé. C'est plus particulièrement le cas du bassin de Ganges qui regroupe les cantons de Ganges et Saint-Martin de Londres avec 13500 habitants.

Cette étude montre d'autant plus que c'est, dans les bassins gérontologiques les moins peuplés, que la proportion des personnes de plus de 75 ans est la plus élevée. En 2002, pour le bassin de Ganges par exemple, 10,7% de la population avait plus de 75 ans.

Ces données ont été des éléments pris en compte pour la construction du schéma gérontologique.

²⁹ Le bassin de Montpellier regroupe à lui seul 45% de la population départementale.

La politique d'action de ce troisième schéma est axée sur des problématiques bien identifiées telles que le maintien à domicile, les équipements, la coordination gérontologique, la maltraitance et la santé.

Comme au niveau national, le schéma met en œuvre une politique de maintien à domicile.

Le prochain schéma gérontologique qui couvrira la période 2008-2012 devrait être connu dans le premier semestre 2008.

1.3 LES POLITIQUES DE LA VIEILLESSE, UNE CONSTRUCTION BINAIRE

La loi du 2 janvier 2002 affirme « **le libre choix entre les prestations adaptées qui sont offertes à la personne âgée, soit dans le cadre d'un service à domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé.** »³⁰

Le statut de la personne âgée n'a longtemps été défini que par son environnement familial. Depuis le début des années soixante, suite aux nombreuses mutations de la société d'après-guerre, elle est devenue un objet à part entière des politiques publiques.

En 1962, le rapport LAROQUE affirme la priorité au maintien à domicile.

Aujourd'hui, de nombreuses personnes âgées expriment le souhait de vieillir dans des conditions matérielles satisfaisantes, des conditions sanitaires décentes et d'être respectées dans leur intégrité.

La liberté de choix doit être maintenue le plus longtemps possible. Mais l'aggravation de la dépendance ou l'impossibilité de poursuivre sa prise en charge au domicile justifie son entrée en institution.

1.3.1 Le maintien à domicile entre politique sociale et politique économique

Aujourd'hui, 430 000 personnes âgées vivent à domicile. 85% des personnes de plus de 75 ans vivent chez elles et le souhait exprimé par ces personnes est de finir leurs jours à domicile.

En 2002, 68,4% des personnes de plus de 60 ans étaient propriétaires de leur logement, ce qui accroît l'attachement au domicile et le sentiment d'un déracinement ou d'une dépossession qu'il faut quitter au moment d'envisager une entrée en institution. En effet, l'attachement à un lieu de vie qui est porteur de souvenirs, de repères, d'habitudes, rassure la personne âgée.

³⁰ L311-3 CASF

La politique en faveur du maintien à domicile s'est progressivement affirmée.

La priorité au maintien à domicile des personnes âgées a été affirmée sans ambiguïté dans le rapport LAROQUE.

Suite à ce rapport, le maintien à domicile va se développer et rester une priorité pour les pouvoirs publics.

Plus récemment, en novembre 2003, le plan « Vieillesse et Solidarité » faisant suite au drame de la canicule de l'été 2003, du gouvernement Raffarin, présenté en novembre 2003, a de nouveau affirmé le maintien à domicile comme une priorité tout comme le plan Solidarité Grand Age de Philippe BAS présenté en juin 2006 : « *Le maintien à domicile est un choix que la personne âgée doit être en mesure d'exercer en toute liberté [...]. Mais cela suppose de faciliter la vie au domicile. Développement de l'offre de soins et de services ménagers, soutien à l'entourage familial...* »

En effet, les lois en faveur des personnes âgées sont allées dans ce sens.

En 1975, le législateur a donné au dispositif une dimension sanitaire en créant les Services de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D.). Il s'agit d'une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (aide au lever et au coucher, accompagnement à la toilette et à l'habillage...). Aujourd'hui, le nombre de places en S.S.I.A.D. est limité à 87000. Le plan Solidarité Grand Age prévoit une augmentation de 40% de places supplémentaires en cinq ans, l'objectif étant de 232 000 places en 2025 pour répondre à l'ensemble des besoins et faire face à l'évolution du vieillissement démographique.

La reconnaissance de l'état de dépendance a favorisé l'émergence du concept d'aide à la personne qui s'est substitué à celui d'aide ménagère, trop réducteur, qui s'était installé dans les années 60 avec la prise en charge des personnes âgées.

Pour les personnes âgées, le maintien à domicile nécessite souvent, dans la vie quotidienne, une aide aux tâches domestiques. Ces aides à domicile jouent un rôle essentiel pour faciliter la vie des personnes âgées. L'objectif du plan Solidarité Grand Age est de former les professionnels de l'aide à domicile afin que ces personnes puissent repérer les premiers signes de la dépendance. Les services d'aide à domicile mettent à disposition un personnel qualifié pour assurer le ménage ou toute tâche d'ordre matériel ne nécessitant pas une aide directe à la personne mais plutôt d'entretien dans son espace de vie.

La création de la P.S.D., puis de l'A.P.A. en 2001, a permis de mieux solvabiliser les personnes âgées dépendantes demeurant à domicile. Le plan d'aide constitue une composante essentielle de l'APA à domicile. Etabli par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres se déplace chez le bénéficiaire, le plan recense précisément les besoins du

demandeur et les aides de toute nature nécessaires à son maintien à domicile. Son contenu est adapté à sa situation et tient compte de son environnement social et familial.

Les gouvernements successifs ont laissé se développer l'aide à domicile dans le champ de l'économie associative et privée, ce qui a contribué à continuer de mobiliser les solidarités de proximité.

Toutefois, le maintien à domicile implique inéluctablement la participation des proches et les met à contribution physiquement, moralement et souvent financièrement. Accompagner un proche à domicile fait partie du fonctionnement normal d'une société, mais cela demande un investissement personnel, une disponibilité qui va au-delà de l'aide aux tâches matérielles.

Toutefois, différentes critiques peuvent être apportées quant au maintien à domicile. En effet, l'offre de services est limitée dans le temps, ne permettant pas ou peu les interventions de nuit ou le week-end. La coordination des interventions lors de l'hospitalisation et du retour au domicile est souvent difficile. Le personnel intervenant à domicile est sous qualifié. La situation de dépendance dans laquelle se trouve une personne âgée se traduit par un besoin d'intervention globale. 80% des bénéficiaires d'une aide à domicile reçoivent l'aide ou les soins d'autres intervenants professionnels ou informels, et la coordination des interventions de la prise en charge n'est pas toujours effective. Le problème se pose particulièrement dans la coordination entre les infirmiers libéraux et les autres acteurs et plus particulièrement les auxiliaires de vie sociale puisqu'il n'y a pas de délégation possible lorsqu'ils ne sont pas salariés du même service.

Mais le maintien à domicile présente des limites. En effet, dès lors que les aidants sont épuisés ou qu'il n'existe pas d'aidants, la personne âgée doit être alors orientée vers l'établissement.

1.3.2 L'établissement, une solution subsidiaire

C. MEMIN a déclaré que *« toute institution gériatrique, quels que soient son appellation et le nombre de personnes âgées accueillies et hébergées, est une collectivité complexe. Ces vieillards sont de plus en plus âgés, leurs handicaps, tant physiques que psychiques, de plus en plus lourds à assumer, tant pour eux que pour l'entourage. Pour la plupart, l'institution est leur dernier domicile et ils n'en sortiront que morts. Tant mieux s'ils l'ont choisi, tant mieux s'ils ont pu visiter, se familiariser avec son organisation ..., tant mieux*

s'ils ont pu y emporter des objets personnels de leur choix sans aucune contrainte de leurs proches »³¹.

L'entrée en établissement est souvent un choix contraint pour la personne âgée, en contradiction avec le référentiel du libre choix : *« Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. »³²*

Aujourd'hui, sur 700 000 personnes souffrant de dépendance, 270 000 sont hébergées en établissement.

L'établissement apparaît souvent comme une alternative au domicile. La personne âgée ou le proche n'a souvent pas d'autre choix quand le maintien à domicile n'est plus possible.

L'entrée en institution est alors souvent tardive³³, éludée, ou précipitée.

Mais lorsque le placement en institution est décidé de façon unilatérale, bien souvent par les proches uniquement, la rupture de la personne âgée avec son environnement habituel, le changement de logement, l'éloignement de ses relations, constituent des facteurs d'aggravation de la dépendance. En effet, sa capacité d'adaptation est diminuée.

Les E.H.P.A.D. sont positionnés par les pouvoirs publics comme la solution subsidiaire au maintien à domicile.

Les familles vivent souvent de manière douloureuse l'entrée en institution de leur parent. Cette situation entraîne, soit des réactions de surprotection (forte présence, sentiment d'impuissance), soit au contraire une réaction d'abandon.

La Charte des droits des personnes âgées dépendantes prévoit également le libre choix de l'usager: *« maintenir le plus longtemps possible le choix de la personne, malgré le développement d'une dépendance et assumer une part de risque mesuré dans chaque activité de la personne âgée ».*

Il s'agit ni plus ni moins que de respecter la personne en tant que telle. Toute prise en charge se doit ainsi de respecter la part de risque inhérente à toute activité humaine, mais aussi la part de choix qu'implique également la liberté humaine.

C'est pourquoi, l'enjeu pour l'hébergement consiste dans son adaptation constante afin de répondre aux évolutions prévisibles et d'organiser ces lieux en véritables lieux de vie, permettant aux personnes âgées de continuer de mener une vie la plus normale possible.

³¹ MEMIN C., *Projet de vie avec les personnes âgées en institution*, Ed Le Centurion, 1984

³² Article 2, *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante*, Fondation Nationale de Gérontologie, 1999

³³ La moyenne d'âge à l'entrée en EHPAD s'établit à 83 ans. La population accueillie s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie invalidante. La durée moyenne de séjours est de deux à trois ans.

L'hébergement entraîne, à proprement parler, une rupture spatiale puisque la personne âgée va vivre dans un espace complètement nouveau. Elle est ensuite temporelle car la vie en collectivité s'organise selon des règles propres, celles du groupe (règlement de fonctionnement).

Enfin, l'hébergement peut finalement générer, pour la personne âgée, un sentiment d'inutilité et d'enfermement. Il est donc nécessaire de développer, dans la prise en charge en hébergement, des animations autour des personnes, en tenant compte de leur singularité, de leur histoire, de leur vie. L'individualisation est en effet essentielle pour comprendre le vieillissement dans sa complexité.

Pour prendre en compte cette démarche, le législateur a introduit avec la loi du 2 janvier 2002, la signature d'un contrat de séjour auquel est annexé un document prévoyant une prise en charge individualisée du résident avec ses attentes, ses besoins, tout en tenant compte de ses difficultés et en lien avec le projet de l'établissement (projet de soins, projet social).

Aujourd'hui, l'offre de places d'hébergement en institution reste globalement insuffisamment adaptée aux situations et aux besoins des personnes accueillies et de leurs familles.

1.3.3 L'articulation entre maintien à domicile et institution

1.3.3.1 L'accueil familial

L'accueil familial, tout comme pour les enfants dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance et pour les personnes adultes handicapées, s'adresse aux personnes âgées.

L'accueil des personnes âgées est organisé par la loi du 17 janvier 2002³⁴. Mais il existe officiellement depuis la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

Cet accueil à titre onéreux par des particuliers constitue également une réponse aux besoins des personnes âgées parmi la palette des réponses offertes. Il est destiné à des personnes relativement valides qui ne souhaitent pas intégrer une institution et qui ne peuvent ou ne veulent plus rester à domicile.

Ce dispositif est un accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif en établissement. Ce mode d'accueil est une formule souple.

Lorsque l'accueil est sur le même lieu de vie, il permet généralement à la personne âgée de maintenir les liens tissés avec son environnement antérieur, tout en lui offrant un cadre familial et sécurisant. Dans le cas contraire, ce mode de prise en charge peut être vécu comme une rupture avec le domicile.

³⁴ Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF 18 janvier 2002

Par le décret du 30 décembre 2004, le législateur est venu fixer les modalités d'agrément des accueillants familiaux qui sont dorénavant reconnus comme de vrais professionnels, rémunérés selon le droit du travail et soumis à un agrément et à une obligation de formation.

Le plan Solidarité Grand Age prévoit le développement de ce type d'accueil afin d'offrir au résident un accompagnement constant, des services adaptés et un cadre familial.

1.3.3.2 Les foyers logements

En 2001, le territoire français recensait plus de trois mille logements-foyers qui offraient plus de cent cinquante mille places.

L'article L633-1 du code de la construction et de l'habitation définit le logement-foyer comme « un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des espaces collectifs. »

Le logement-foyer relève d'une double réglementation :

-établissement social et médico-social³⁵

-formule d'accueil mise en place dans le cadre des financements HLM³⁶

La circulaire du 5 décembre 1974³⁷ précisait que « *les logements-foyers sont destinés aux personnes âgées capables de vivre de manière habituelle dans un logement indépendant mais ayant besoin occasionnellement d'être aidées ; cette formule convient tout particulièrement : aux personnes isolées, aux couples dont les forces déclinent, aux personnes sortant de rééducation fonctionnelle ne pouvant vivre en logements autonomes.* »

Le logement-foyer est une structure d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes. Il s'agit d'un ensemble de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs (restauration, animation, blanchissage...)

La circulaire précise également les conditions d'aménagement des logements-foyers (foyer 1 bis, locaux communs...).

Ils sont régis par la loi du 30 juin 1975³⁸.

Situés en général en cœur de ville et à proximité des transports, ils ont pour fonctions essentielles d'assurer :

-une offre de logement adapté au vieillissement

³⁵ Art L312-1 alinéa 6 CASF

³⁶ Art R351 code de la construction et de l'habitation

³⁷ JORF 22 janvier 1975

- la sécurisation de jour comme de nuit
- l'accompagnement dans les soins
- la vie sociale

La spécificité de l'offre d'hébergement en logement-foyer repose sur quatre points essentiels :

1) L'accueil dans le logement-foyer est fondé sur **la volonté de cultiver l'autonomie**.

L'originalité des logements-foyers n'est pas d'accueillir des personnes dépendantes (besoin d'aide), mais des gens autonomes (capacité à gérer sa vie). Ce sont des gens fragilisés ou même ayant des difficultés, mais qui ont conservé leur capacité à décider et à choisir. Les logements-foyers veulent pouvoir cultiver cette orientation. Cela exclut donc les personnes atteintes de déficiences intellectuelles.

2) **La continuité de l'accueil** est une deuxième exigence : les personnes âgées ne comprennent pas le fait d'être obligées à un nouveau déménagement en raison de la modification de leur état. Cela pose alors la question de l'adaptation de l'institution et donc la mise en place, sinon la multiplication des services, avec le risque, soit d'accroître le coût, soit de restreindre la liberté qui est la référence première, soit encore de ne pas assurer une certaine continuité si les services sont exclusivement assurés en externe.

La préservation de l'image est source de préoccupations. La présence de personnes dépendantes ne va-t-elle pas modifier l'image de l'institution et ainsi amener une transformation de la clientèle par refus d'avoir des personnes moins dépendantes ? Faut-il alors définir une quotité des personnes dépendantes ? Faut-il envisager une architecture spécifique ?

3) **L'inscription dans un territoire** : La question de l'avenir des foyers-logements est étroitement corrélée à celle de leur capacité à inscrire leur offre de services, non pas dans une filière gérontologique, mais dans un réseau gérontologique. C'est en effet dans l'interdépendance avec les autres intervenants du réseau que le foyer-logement fonde l'essence même de son fonctionnement. L'instruction de la demande doit donc tenir compte des potentialités du réseau gérontologique local. Le principe de subsidiarité pourrait être évoqué pour qualifier le mode de coopération au sein du réseau gérontologique. Il appartiendrait toujours à la structure la plus appropriée d'apporter la réponse adéquate.

Le logement-foyer n'est pas médicalisé. Le fonctionnement repose donc sur le postulat de la valorisation de l'autonomie des résidents.

³⁸ Loi n°75-535 du 30 juin 1975

La charge de l'hébergement est assurée par le résident : il ne bénéficie pas des forfaits soins attribués par l'assurance maladie permettant le recrutement du personnel soignant.

Les logements-foyers offrent à la personne âgée un substitut à son logement d'origine. Ils s'inscrivent dans le souci de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées et de trouver une alternative aux maisons de retraite.

Ils proposent donc une étape intermédiaire entre le maintien à domicile et l'entrée en institution dès lors que le niveau de dépendance de la personne âgée augmente.

Toutefois, aujourd'hui, les gestionnaires de logements-foyers sont, pour la majorité, confrontés à l'augmentation de la dépendance des personnes âgées liée au vieillissement. La question de leur avenir, et donc de leur pérennité, doit être repensée face à la demande exprimée par les personnes âgées qui deviennent de plus en plus dépendantes.

Par conséquent, les politiques en faveur des personnes âgées se sont construites lentement. C'est au milieu des années 1970 avec la prise de conscience du vieillissement de la population et l'apparition du phénomène de « personne dépendante » que la société a commencé à développer une véritable politique gérontologique. La réforme de la tarification des établissements avec l'instauration d'un budget ternaire, démontre de manière significative que dorénavant la dépendance est prise en charge.

Avec la loi du 2 janvier 2002, les politiques gérontologiques vont vers une désinstitutionnalisation de la prise en charge de l'usager. Aussi, la personne âgée qui a le choix va être maintenue à domicile le plus longtemps possible. Cette prise en charge permet ainsi d'éviter une perte de repère de l'usager et la non-acceptation de son état de grande dépendance qui est souvent à l'origine d'un placement.

Mais quand la dépendance devient lourde à gérer pour les proches, la personne âgée est alors placée en institution sans avoir forcément son consentement. La décision est très souvent subie.

L'E.H.P.A.D. les Dominicaines accueillant des résidents sur le bassin gérontologique de Ganges est parfois confronté à cette situation.

2 - L'E.H.P.A.D. LES DOMINICAINES, UNE STRUCTURE ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES INTEGREE A UN BASSIN GERONTOLOGIQUE

L'E.H.P.A.D. Les Dominicaines, est un établissement médico-social relevant de la loi du 2 janvier 2002.

Cet E.H.P.A.D. est intégré à un environnement spécifique puisqu'il est installé dans un ancien couvent de religieuses avec un passé très présent sur le bassin gangeois (1).

De plus, l'établissement fait partie d'un bassin gérontologique dans lequel sont implantés d'autres E.H.P.A.D. et des services de maintien à domicile. L'ensemble de ces acteurs intervenant auprès de la personne âgée fait l'objet d'une coordination qui a été rendue nécessaire (2).

Enfin, avec le vieillissement de la population, l'espérance de vie qui ne cesse de croître, de nouveaux besoins de la personne âgée et de ses proches apparaissent. Aujourd'hui, comme au niveau national, sur le bassin gérontologique de Ganges, différents facteurs démontrent que le maintien à domicile et le tout institution ne satisfont plus les attentes des intéressés et de leurs proches. Diversifier l'offre de prise en charge m'apparaît alors indispensable afin de créer un véritable droit au répit pour les aidants (3).

2.1 L'ENVIRONNEMENT DE L'E.H.P.A.D.

Comme la majorité des structures accueillant des personnes âgées, l'E.H.P.A.D. les Dominicaines a su s'adapter aux besoins des usagers au fil des années.

2.1.1 L'évolution de l'E.H.P.A.D. depuis sa création

2.1.1.1 Un lieu d'histoire

L'établissement Les Dominicaines a un long passé derrière lui. En effet, à l'origine, c'est un monastère qui a été fondé dans les années 1850. La construction fut achevée en 1892.

Ce monastère a été construit sur les hauteurs de Ganges grâce aux dons des fidèles.

Des terrains ont été cédés par de grandes familles, puis des dons ont permis de construire le bâtiment. Au XIX^e siècle, la religion était encore très présente.

La construction massive permettait assez facilement de répartir les occupations de la communauté des religieuses entre leur vocation de prière et ce qu'il était convenu d'appeler

« les œuvres sociales » : accueil des orphelins et des personnes âgées³⁹.

Au centre de Ganges, se trouvait une maison appartenant à la communauté. Elle accueillait ainsi des malades sans ressources. Les religieuses non cloîtrées, appelées «gardes-malades», s'occupaient de ces personnes.

Durant des années, le couvent des Dominicaines a aussi assuré, l'école⁴⁰ à des jeunes filles qui étaient, pour la majorité, des orphelines. En 1859, le maire de Ganges et le conseil municipal ont déclaré « communale » la salle d'asile ouverte le 1^{er} mai.

En 1975, le couvent délègue la gestion à l'Association le Château qui vient de se créer. Cette dernière reprend alors la gestion de la bâtisse à la suite des religieuses.

En 1994, l'association⁴¹ passe une convention avec l'établissement les Dominicaines.

Cette présence et l'aide que ces religieuses ont pu apporter aux Gangeois ont longtemps fait partie de l'histoire du village. Aujourd'hui, seule l'immense bâtisse dominant Ganges rappelle cette époque lointaine.

2.1.1.2 L'implantation et la présentation de l'établissement

L'implantation⁴²

Situé à cinquante kilomètres au nord de Montpellier et de Nîmes, deux agglomérations importantes, l'E.H.P.A.D. est implanté à Ganges, en milieu semi-rural, au nord de l'Hérault.

L'E.H.P.A.D. Les Dominicaines est intégré à un bassin gérontologique qui regroupe neuf communes, soit environ 8 600 habitants.

L'établissement domine les hauteurs de Ganges. Il est à dix minutes à pied du centre du village. Il est aisément accessible.

Une ligne de bus assure le trajet Montpellier-Ganges et Nîmes-Ganges quotidiennement et plusieurs fois par jour.

Sur le canton de Ganges, trois E.H.P.A.D. sont installés. :

³⁹ M.GUY, Histoire du monastère Saint Dominique, éd.IMB, mai 2005

⁴⁰ Jusqu'au début des années 1900

⁴¹ Association loi 1901

- L'E.H.P.A.D. Les Dominicaines est géré par l'Association le Château
- Le foyer résidence l'Accueil est géré par l'Association L'Accueil
- Le Jardin des Aînés est un établissement public médico-social.

Ils sont tous conventionnés Aide Sociale.

L'offre en hébergement représente un total de cent quatre-vingt-treize places sur le bassin gérontologique de Ganges.

La présentation de l'établissement

L'établissement Les Dominicaines est autorisé pour accueillir 43 résidents.

Architecturalement, le bâtiment est composé de deux étages et implanté sur un parc de deux hectares qui va être aménagé durant les deux années à venir afin de faciliter son accès aux fauteuils roulants.

La partie dévolue à la Maison de Retraite demeure encore aujourd'hui, mais elle a subi de nombreuses transformations et adaptations au cours du temps : installation de deux ascenseurs, mise aux normes H.A.C.C.P. de la cuisine, installation de W.C. et salles de bain de plain-pied dans chaque chambre, création de deux salons supplémentaires, mise en conformité incendie (conduits de désenfumage, escalier de secours).

Depuis 2004, l'établissement est rentré dans une phase de modernisation des locaux. L'ancien directeur a pris en considération le rapport du 11 juin 2002 des médecins conseils de la D.D.A.S.S. qui préconisait la réduction des chambres doubles et la création de sanitaires accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les travaux vont prendre fin cette année.

La politique de modernisation des établissements a porté sur le cadre d'accueil : mise aux normes de sécurité, rénovation et amélioration du cadre de vie, développement de la démarche qualité.

La répartition des locaux s'établit de la façon suivante dans l'établissement :

- Rez de chaussée : cuisine, bureau administratif, un salon, deux salles d'activité
- 1^{er} étage :
 - 25 chambres individuelles
 - 2 chambres à 2 lits
 - un salon
 - un staff médical (salle de transmission, infirmerie, un bureau médical)

⁴² Cf. carte du bassin gérontologique en annexe 2

- . une salle de bain commune
- . salle à manger
- 2^{ème} étage :
 - . 12 chambres individuelles
 - . une salle de bain commune

2.1.1.3 Le cadre légal et administratif de l'établissement

Les Dominicaines est un établissement du secteur médico-social entrant dans le champ d'application de la loi du 2 janvier 2002. C'est une structure à but non lucratif.

Les autorisations

La prise en charge de la personne âgée, comme j'ai pu le décrire plus haut, s'est faite au fil des ans sans qu'il y ait eu de véritable autorisation de fonctionner.

Le premier arrêté qui a été pris concerne la demande d'habilitation à l'aide sociale qui a été accordée le 14 novembre 1994.

Ensuite, c'est le 14 août 1997 qu'a été autorisée une section de cure médicale de 20 lits au sein de la Maison de Retraite. Mais l'établissement n'a obtenu le financement de ces lits qu'en 1999.

En 2004, la convention tripartite a pris en compte les trente-sept lits. Il a été négocié une demande d'extension de huit lits supplémentaires.

L'arrêté du 22 avril 2004 du Directeur Général Adjoint des Services de la Solidarité Départementale a autorisé l'extension de six lits supplémentaires qui sont habilités à l'aide sociale. La capacité d'hébergement est ainsi portée à 43 lits. Cette extension n'a pas fait l'objet d'un passage en C.R.O.S.M.S.

La convention tripartite

La réforme de la tarification des E.H.P.A.D. a conduit à la mise en œuvre et à la signature des conventions tripartites.

Cette convention passée avec chaque E.H.P.A.D., est signée pour cinq ans entre l'établissement, le président du conseil général et le préfet.

Ce document, établi à partir d'un cadre national, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées. La convention précise également les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évolution et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

Après signature de la convention tripartite pluriannuelle avec le conseil général et

l'assurance maladie, l'E.H.P.A.D. Les Dominicaines est devenu un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

La convention tripartite des Dominicaines a été signée le 1^{er} juin 2004 avec les partenaires administratifs de l'établissement.

Elle est assortie d'un arrêté du Conseil Général autorisant les six lits supplémentaires qui avaient été demandés. Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'établissement est passé de 37 à 43 lits.

L'établissement est ainsi agréé Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Lors de la signature, plusieurs objectifs ont été fixés :

- Formation du médecin coordonnateur
- Poursuite de la formation des personnels (charte des droits et libertés, prévention de la maltraitance, formation diplômante des emplois aidés, formations)
- Diminution du nombre de chambres doubles⁴³
- Embauche de 1,20 E.T.P. infirmière
- Embauche de 1,73 E.T.P. A.S./A.M.P.
- Requalification I.D.E. référente
- Autorisation pour l'extension de 6 lits, ce qui porte la capacité d'accueil des Dominicaines à 43 places.

Le prix de journée avec les 3 sections

	2005	2006	2007
Hébergement	40,39	42,63	44,09
Dépendance	Gir 1-2 : 13,21	Gir 1-2 : 14,31	Gir 1-2 : 13,62
	Gir 3-4 : 8,38	Gir 3-4 : 9,08	Gir 3-4 : 8,64
	Gir 5-6 : 3,56	Gir 5-6 : 3,85	Gir 5-6 : 3,67
Soins	16,02	16,26	16,64

La mise en place des outils réglementaires

La loi du 2 janvier 2002 est venue placer l'utilisateur au centre du dispositif de prise en charge. Aussi, pour faire vivre les droits reconnus à l'utilisateur, elle a prévu la mise en place de sept outils.

- Aujourd'hui, l'établissement dispose du **contrat de séjour**, que je remets à chaque résident dès lors qu'il est admissible au sein de l'établissement.

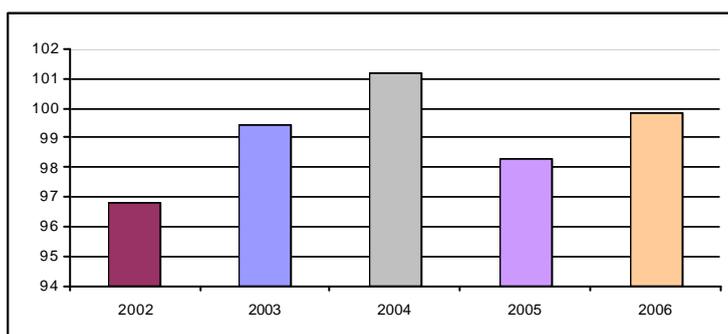
⁴³ Disposition déjà évoquée dans un rapport d'inspection de la DDAS en date du 11 juin 2002

- Le **règlement de fonctionnement** a également été mis en place par mon prédécesseur. Il est également donné avec le contrat de séjour. J'ai également placé un exemplaire de ce règlement de fonctionnement dans la salle de transmissions. Ainsi l'ensemble du personnel peut y avoir accès.
- Je procure également la **charte de la personne accueillie** dès lors qu'un résident est admis. J'ai affiché la charte de la personne âgée dépendante dans l'ensemble de la structure.
- Le **conseil de vie sociale** a été mis en place en juin 2004. Tous les trimestres, nous nous retrouvons avec deux représentants des résidents, un représentant du personnel et un représentant de l'association. A la fin de chaque réunion, je fais le compte-rendu et je l'affiche sur les panneaux d'informations (l'un est prévu pour le personnel et l'autre, situé dans le couloir, est destiné aux familles et aux résidents).
- Quant au **livret d'accueil**, mon prédécesseur avait décidé de reporter sa mise en place à la fin des travaux. D'ici la fin de l'année, je mettrai ce livret complet et à jour à la disposition de toute famille se renseignant sur l'E.H.P.A.D.
- Les travaux ont obligé l'ancien Directeur à reporter la rédaction et l'application du **projet d'établissement**. Il avait budgétisé l'intervention de consultants afin de nous guider dans sa réalisation. Une première rencontre a eu lieu en juillet dernier.

2.1.2 Les caractéristiques de la population

2.1.2.1 L'évolution de la population

Taux d'occupation (en%)



En 2004, il y a eu sur-occupation, car l'établissement a obtenu six lits supplémentaires cette année-là. Le Directeur avait anticipé cette autorisation en accueillant plus de résidents.

Il est à noter que le taux d'occupation est très élevé car l'établissement est ouvert 365 jours par an, étant donné sa mission d'hébergement. De plus, dès lors qu'une place se libère, elle est à nouveau occupée dans la semaine qui suit, du fait d'une liste d'attente importante.

Effectif au 31/12/2006 :

	Effectif	%
Hommes	13	30,24 %
Femmes	30	69,76 %
Total	43	100 %

Ce tableau montre de manière très significative que l'espérance de vie est plus élevée chez la femme avec la présence de 30 résidentes au sein de l'établissement.

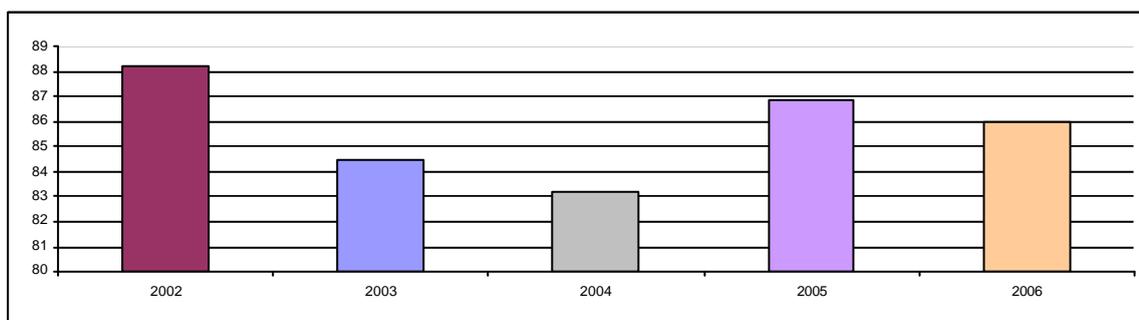
L'origine des résidents

BOUCHE DU RHONE	2
GARD	10
HERAULT	28
MARNE	1
VAUCLUSE	1
ETRANGER (Afrique)	1

La majorité des résidents étaient domiciliés sur le bassin gérontologique de Ganges avant d'entrer en institution. Pour certains d'entre eux, la prise en charge en accueil de jour aurait pu permettre un maintien à domicile plus long.

2.1.2.2 Une population dépendante

Evolution de la moyenne d'âge des pensionnaires (de 2002 au 30/09/2006)



La moyenne d'âge pour l'année 2006 est de 86,02 ans. Nous avons, dans l'établissement, quatre personnes de plus de 100 ans (105 ans, 104 ans et 2 ont eu 100 ans cette année). En 2004, l'âge moyen a largement diminué car deux résidents de moins de 60 ans avaient été admis au sein de l'établissement.

L'âge moyen des personnes âgées en institution est de 84 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes. Le tableau des effectifs montre que l'E.H.P.A.D. Les Dominicaines a vu, au moment de l'admission, une augmentation de l'âge moyen, phénomène qui

augmente généralement le niveau de dépendance. Plus de la moitié des résidents ont 80 ans et plus. Cette situation reflète la conjoncture actuelle de la société.

Tranches d'âge	Effectif	%
Moins de 60 ans	1	2,32 %
De 60 à 69 ans	4	9,30 %
De 70 à 79 ans	3	6,98 %
De 80 à 89 ans	20	46,52 %
90 ans et plus	15	34,88 %
TOTAL	43	100 %

- Evolution de la dépendance :

Evolution du G.M.P. de l'E.H.P.A.D. sur les cinq dernières années.

	2003	2004	2005	2006	2007
- de 60 ans		2	2	1	0
GIR 1 ⁴⁴	8	4	6	5	5
GIR 2	9	11	10	8	12
GIR 3	5	8	7	8	8
GIR 4	7	8	12	14	12
GIR 5	3	4	4	2	2
GIR 6	5	2	3	5	4
TOTAL	37	37	43	43	43
GMP	618,92	622,16	601,67	564,71	608

Chaque G.I.R. est multiplié par un coefficient pour donner un Groupe Moyen Pondéré (G.M.P.)

L'évaluation de la perte d'autonomie est effectuée chaque année en septembre par l'infirmière référente de l'E.H.P.A.D. en collaboration avec le médecin coordonnateur. Ils nous fournissent alors les "girages" des résidents. En effet, le G.M.P. doit être fourni lors de la préparation budgétaire afin d'élaborer le budget dépendance.

Tous les deux ans, le médecin de l'équipe médico-sociale du Conseil Général et un médecin C.R.A.M. viennent confirmer ou infirmer l'évaluation faite en interne. Jusqu'à présent, ils ont suivi les "girages" réalisés par l'infirmière et le médecin coordonnateur des Dominicaines.

⁴⁴ Echelle s'étalant du GIR 1 (personnes les plus dépendante) au GIR 6 (personnes les plus autonomes)

Les résidents que nous prenons en charge ont un niveau de dépendance qui se maintient d'année en année.

Après avoir connu une baisse du G.M.P., le niveau de dépendance augmente à nouveau en 2007. En effet, pendant trois ans, nous avons accueilli deux résidents de moins de 60 ans. Or, les personnes de moins de 60 ans n'entrent pas dans le calcul du G.M.P. puisqu'en raison de leur âge, elles ne peuvent pas bénéficier de l'A.P.A. Toutefois, ce sont deux résidents assez dépendants. Le premier a eu 60 ans en 2006 et le second en 2007. Le médecin de l'équipe médico-sociale a affecté pour chacun d'eux, un G.I.R.4, ce qui a donc augmenté le G.M.P.

L'entrée en établissement est de plus en plus tardive avec une élévation de dépendance des personnes accueillies.

-Des mesures de protection du résident plus fréquentes

La loi pose le principe suivant : « *tout être humain qu'il soit mineur ou majeur jouit de droits civils.* » Il est donc titulaire de droits attachés à sa personne et à son patrimoine. Cette capacité d'avoir des droits ne correspond pas forcément à celle de pouvoir les exercer. Ainsi, certains majeurs ne peuvent pas exercer ces droits et doivent être protégés par la loi. Une mesure de protection constitue une garantie pour ces majeurs vulnérables face aux risques d'actes malencontreux. Le choix entre curatelle et tutelle s'opère en fonction du besoin de protection révélé par l'état de la personne.

J'accueille au sein de l'établissement des personnes vieillissantes qui ne sont plus autonomes, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Certains résidents ne sont donc plus en mesure de gérer leurs biens.

En 2006, sur 43 résidents accueillis, trois personnes sont sous tutelle et trois autres sous curatelle. En 2007, j'ai procédé à deux signalements auprès du Service des Tutelles du Tribunal d'Instance. J'ai enclenché cette démarche pour les raisons suivantes : difficultés de paiements par la famille, personnes âgées sans famille, en perte d'autonomie sur le plan psychologique.

Deux organismes de tutelle (Géronto Sud et A.D.M.R. Tutelle) et des particuliers se partagent les dossiers de l'établissement. Mais je rencontre régulièrement des difficultés dès lors qu'il faut entrer en contact avec les tuteurs afin d'obtenir un renouvellement de la garde-robe du résident ou dans le suivi des papiers administratifs.

A côté de ces mesures de protection, j'ai pu constater que des résidents ne sont plus en capacité de s'exprimer ou d'assurer les actes quotidiens de la vie courante. Ce sont les proches, et plus particulièrement les enfants qui gèrent alors les affaires de leurs parents, en ayant procuration sur leurs comptes par exemple. Ces résidents ne font pas l'objet d'une

mesure de protection juridique. Ce mode de prise en charge représente environ un tiers des résidents.

Par ailleurs, l'établissement accueille deux personnes reconnues handicapées par la Commission des Droits et de l'Autonomie. Un résident est trisomique. Il a été placé dans l'E.H.P.A.D. à la suite du décès de sa sœur qui était sa tutrice. Il a toujours vécu avec elle sans jamais être orienté sur un E.S.A.T. ou autre institution médico-sociale. L'insertion dans l'E.H.P.A.D. s'est déroulée de manière toute naturelle. L'autre résidente est handicapée physique avec une grande difficulté dans la motricité et dans la parole. Son frère est tuteur.

2.1.2.3 Des résidents aux revenus modestes

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale depuis novembre 1994.

En 2007, sur 43 résidents pris en charge, treize résidents bénéficient de l'aide sociale. Ces résidents sont célibataires et sans famille proche.

Par ailleurs, vingt-sept résidents sont allocataires (allocation personnalisée logement).

L'autre indicateur révélateur est la prise en charge de frais d'hébergement par les familles. En effet, certains résidents ne peuvent plus subvenir directement à leurs besoins. Aussi, leur famille assure le financement de l'hébergement, c'est le cas pour une douzaine de résidents.

2.1.3 Une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge adaptée du résident

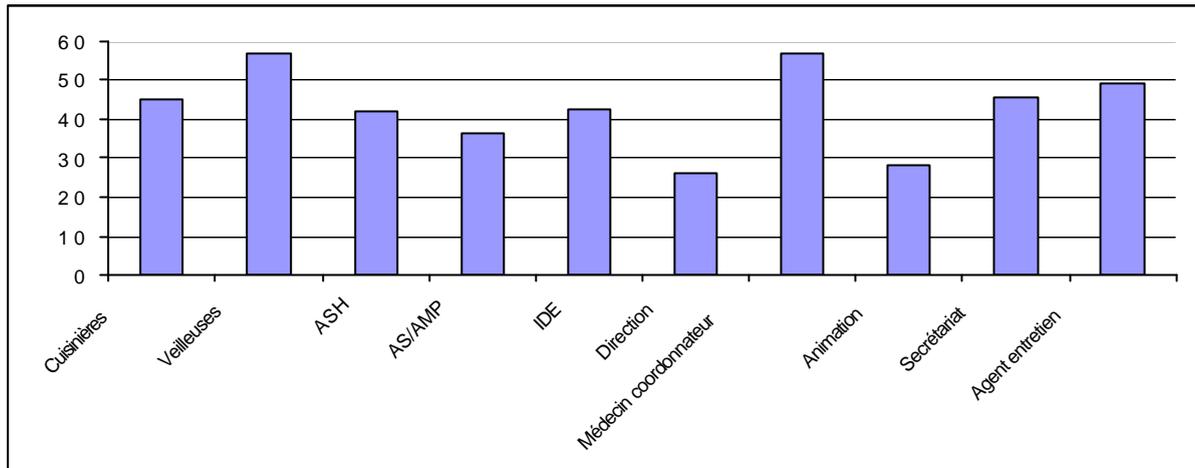
2.1.3.1 Un personnel relativement jeune et essentiellement féminin

En 2003, la moyenne d'âge du personnel s'élevait à 43 ans dont huit ans d'ancienneté au sein de l'établissement. La plus ancienne salariée exerce depuis plus de vingt-six ans. Son statut est particulier puisqu'elle a été élevée aux Dominicaines par les religieuses qui l'avaient recueillie jeune.

Cette ancienneté dans l'établissement a légèrement diminué du fait de départ à la retraite de membres du personnel qui ont exercé depuis plus de vingt ans au sein de l'E.H.P.A.D.

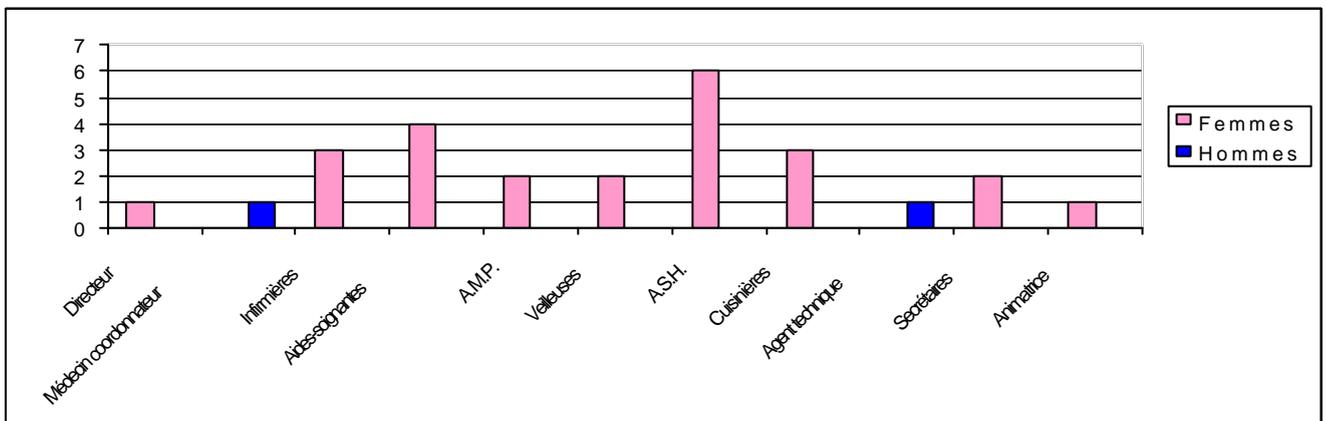
De plus, l'établissement est situé en zone semi-rurale où le taux de chômage, notamment celui des femmes, est assez élevé⁴⁵. Les salariés n'ont donc pas forcément le choix pour changer éventuellement de structure.

Moyenne d'âge selon la catégorie professionnelle



Par ailleurs, le personnel est essentiellement féminin. Jusqu'au premier semestre 2007, l'équipe comptait trois hommes. Mon prédécesseur ayant pris sa retraite le 1^{er} mai dernier, l'établissement ne compte plus désormais que deux hommes (l'agent technique et le médecin coordonnateur).

Répartition des fonctions par sexe



2.1.3.2 La dotation en personnel

Jusqu'à la signature de la convention tripartite en 2004, l'E.H.P.A.D. Les Dominicaines était largement sous doté, particulièrement en matière de personnel soignant. L'équipe du personnel était principalement composée d'agents de service.

⁴⁵ Taux de chômage s'élevant à plus de 14,3% sur le bassin de Ganges Le Vigan, Source Insee au 2^{ème} trimestre 2006

La signature de la convention a permis d'embaucher un E.T.P. d'I.D.E. Cette embauche supplémentaire a été associée également à l'extension de six places supplémentaires.

Aujourd'hui, la répartition du personnel s'effectue de la manière suivante :

Effectif par catégorie en E.T.P.	ANNEE 2007			
	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	SOINS	TOTAL
Direction	1			1
Administration	1,50			1,50
Cuisine/Service général	3,25			3,25
Animatrice	1			1
A.S.H. affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	5,19	2,22		7,41
Aides soignants – A.M.P.		1,72	4,01	5,73
Veilleuses de nuit		0,66	1,54	2,20
Infirmières			2,20	2,20
Médecin			0,10	0,10
TOTAL	11,94	4,60	7,85	24,39

La clé de répartition suivante est appliquée pour les charges de personnel :

- A.S. et A.M.P.: 30% dépendance, 70% soins
- I.D.E. : 100% Soins
- A.S.H. : 30% dépendance, 100% hébergement
- Personnel administratif (directeur, secrétaire) : 100% hébergement
- Animation, services généraux (cuisine, entretien) : 100% hébergement

Lors du dernier budget prévisionnel, mon prédécesseur avait demandé aux autorités de contrôle et de tarification l'autorisation de recruter des veilleuses de nuit diplômées, ce qui entraîne une augmentation de 2,20 E.T.P. En effet, actuellement, la veilleuse est seule pour assurer son service la nuit.

Lors de la dernière commission de sécurité, cette problématique avait été soulevée par les sapeurs-pompiers. Les familles, au travers de l'enquête de satisfaction et le conseil de vie sociale, ont fait apparaître ce manque de sécurité. Actuellement, la seule obligation que j'ai imposée à la veilleuse est de ne pas emprunter l'ascenseur pour éviter le cas où celui-ci se bloquerait. Mais cela n'écarte pas le fait que la veilleuse puisse connaître d'autres difficultés durant la nuit.

Le Conseil Général est d'accord pour prendre en charge ce recrutement si la D.D.A.S.S. donne son accord puisque cette dernière finance le poste d'A.S. à hauteur de 70%.

Pour 2007, la D.D.A.S.S. m'a refusé ce poste. Je réitérerai ma demande lors du prochain budget prévisionnel puisque ce défaut de sécurité peut s'apparenter à de la maltraitance envers le résident.

Avec un ratio d'encadrement global de 0,56⁴⁶ E.T.P. par résident, l'E.H.P.A.D. est légèrement sous doté puisque la moyenne nationale s'élève à 0,6⁴⁷ E.T.P. par résident. Par comparaison avec certains pays européens limitrophes, nous sommes aussi bien en deçà puisque le taux est de 1,2 E.T.P. par lit, par résident. L'augmentation constante de la dépendance, les accompagnements individualisés obligent l'équipe à établir des priorités au détriment de certains résidents.

Le drame de la canicule de l'été 2003 avait mis en exergue un problème de fond dans les maisons de retraite : le manque accru de personnel.

De plus avec ce déficit, je constate un début de phénomène d'usure professionnelle. En discutant avec le personnel de l'E.H.P.A.D., j'entends souvent dire qu'ils n'ont pas le temps d'écouter les résidents, d'entendre leur souffrance morale...

Aussi, je tente de pallier à ce phénomène par des vacances de psychologues (deux heures par trimestre), des formations, des réunions d'équipe durant lesquelles le personnel peut s'exprimer, faire part des difficultés qu'il rencontre dans le cadre de sa profession. Ces réunions avec les psychologues sont très demandées par certains membres du personnel qui sollicitent même des interventions plus rapprochées.

Pour la gestion des absences des agents de service, je travaille en collaboration avec une association de réinsertion « Solidarité Insertion » située sur Ganges. Cette association met à disposition du personnel qui est généralement peu qualifié et bien souvent en difficulté sociale. Par contre, je rencontre de sérieux problèmes pour le remplacement du personnel soignant qualifié (A.S. et surtout I.D.E.). Cette année, nous avons encore dû faire appel à une agence d'intérim pour le remplacement des infirmières. Cette prestation a un coût supérieur à un remplacement en C.D.D.

Suite au départ à la retraite de deux A.S.H., j'ai recruté deux personnes venant de Solidarité Insertion. Elles faisaient des vacances régulières au sein de l'établissement, ce qui m'a permis de les évaluer avant de les recruter.

⁴⁶ Nombre ETP Total rapporté au nombre de résident (24,39/43)

⁴⁷ Source Infodas 1999

J'accueille également régulièrement des stagiaires A.S., A.M.P., B.E.P. sanitaire et social, auxiliaire de vie. Ils sont pris en charge par l'I.D.E. référente qui désigne une A.S. ou A.M.P. comme maître de stage

Le personnel est domicilié à proximité, soit environ vingt kilomètres et possède un moyen de locomotion puisque le canton ne dispose pas de transport en commun.

Un personnel de plus en plus formé

L'équipe de personnel de l'établissement était essentiellement composée d'agents de service, donc des personnes peu qualifiées jusqu'à la signature de la convention tripartite.

Les personnes recrutées n'avaient souvent pas de diplôme.

Dès lors, le personnel en place a suivi des formations diplômantes et l'ancien directeur a privilégié le recrutement de salariés qualifiés.

Aujourd'hui, je dispose du tableau du personnel qualifié suivant :

FONCTION	DIPLOME	NOMBRE DE SALARIE TITULAIRE DU DIPLOME	FORMATION INITIALE PLAN DE FORMATION
Directeur	D.E.S.S. Droit de la Santé Stagiaire C.A.F.D.E.S.	1	Formation initiale
Médecin coordonnateur	Doctorat en médecine générale	1	Formation en gérontologie prévue en 2008
Infirmière	Diplôme d'Etat	3	Recrutement infirmière diplômée Formation en interne de l'I.D.E. référente en 2006
Aide-Soignante	Diplôme d'Etat	4	Formation initiale
A.M.P.	C.A.F.A.M.P. ⁴⁸	2	V.A.E. A.M.P.
Veilleuse	A.S.H.	2	Non qualifiée Une veilleuse doit partir à la retraite. Elle sera remplacée par une veilleuse qualifiée
Cuisinière	C.A.P.	3	Recrutement de 2 cuisinières diplômées Formation 1 cuisinière
Agent technique	Agent de sécurité	1	Plan de formation 2006
Secrétariat	B.E.P. Comptabilité	2	Plan de formation après un C.E.S. qui a été titularisé
Animation	D.E.F.A.	1	Formation via le plan de formation en 2005

L'animatrice est embauchée en emploi jeune. Mais j'ai prévu de l'embaucher en C.D.I. dès la fin de ce contrat en 2008.

Formations prévues au plan de formation 2007

- La formation du médecin coordonnateur va se dérouler durant l'année 2007. Il n'a pas pu l'effectuer avant pour des raisons de santé.

⁴⁸ Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico Psychologique

- L'infirmière référente doit suivre la dernière partie de sa formation.
- L'agent technique va suivre une formation de référent sécurité.
- Le personnel va être formé à la charte des droits et des libertés.
- Suivi du personnel par un psychologue : 3 rencontres annuelles d'échanges et de formation.
- Formation à la méthode H.A.C.C.P. pour le personnel de la cuisine
- Formation sécurité pour l'ensemble du personnel
- Formation du personnel au projet de soins et projet d'établissement qui débutera en septembre 2007 après la fin des travaux de rénovation.

Evolution du personnel :

La convention appliquée par l'établissement est la C.C.N. 51.

Evolution du Glissement Vieillesse Technicité (en totalité) :

Nombre de points salaire de base B.P. 2005	97 876
Nombre de points salaire de base B.P. 2006	98 627
Nombre de points salaire de base C.A. 2006	95 624
Variation alloué / réalisé 2006	- 2 973

La baisse du nombre de points entre l'alloué et le réalisé est due principalement à l'intervention d'intérim pour les remplacements d'infirmière, A.S., A.M.P. et A.S.H.

De plus, le niveau du G.V.T. devrait diminuer dans les cinq années à venir suite au départ à la retraite de plusieurs membres du personnel qui ont une vingtaine d'années d'ancienneté au sein de la structure.

Départs à la retraite dans les 3 ans à venir :

Poste	Année de départ prévu
Directeur	Le 30/04/2007
A.S.H.	Départ le 30/09/2006
Veilleuse de nuit	Janvier 2008
A.S.H.	Fin 2008
A.S.H.	Départ le 30/06/2006

Médecin coordonnateur

« Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes doit se doter d'un médecin coordonnateur. »⁴⁹

Depuis la signature de la convention tripartite en 2003, l'E.H.P.A.D. a recruté un médecin coordonnateur.

⁴⁹ Article D312-155-1 du CASF

A l'origine, la fonction de médecin coordonnateur avait été définie en fonction de l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite.

Le décret du 27 mai 2005⁵⁰ est venu préciser la qualification, les missions et le mode de rémunération du médecin coordonnateur.

Dorénavant, le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, ou de la capacité de gérontologie, ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'E.H.P.A.D.

Le médecin coordonnateur a pour mission :

- de mettre en œuvre le projet médical avec l'équipe soignante,
- de constituer le projet de soins,
- d'élaborer un dossier type de soins,
- d'établir un rapport annuel d'activité,
- de donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir,
- d'évaluer et valider l'état de dépendance des résidents.

Le médecin coordonnateur exerce ces missions sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement.⁵¹

Intervenants libéraux

Chaque résident dispose d'un libre choix quant à son médecin traitant. Huit médecins généralistes libéraux implantés sur le bassin gérontologique interviennent au sein de la structure, ainsi que différentes professions paramédicales : kinésithérapeute, podologue, orthophoniste.

Depuis la signature de la convention tripartite, les infirmiers libéraux n'interviennent qu'à titre exceptionnel dans l'établissement, notamment pour remplacer des infirmières lors des congés d'été et lorsque les demandes de missions intérimaires restent sans réponse.

Les interventions du personnel libéral, paramédical et médical doivent faire l'objet d'une convention entre chaque professionnel et l'établissement. Cette convention prévoit les modalités d'intervention de chaque professionnel au sein de l'établissement.

Elle doit permettre :

- d'améliorer la cohérence des intervenants extérieurs,

⁵⁰ Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, JORF 28 mai 2005

⁵¹ Article 11 du décret du 27 mai 2005

- de proposer des rencontres entre les professionnels libéraux de santé et les agents de l'établissement,
- d'inciter les professionnels libéraux de santé à utiliser les outils de liaison,
- de les inciter à travailler sur l'élaboration et l'amélioration du projet de soins.

Les intervenants bénévoles

Tous les lundis, un groupe de trois bénévoles vient sur la structure pour aider l'animatrice. Ce groupe anime des ateliers de chants, de loto...

Une bénévole assure les travaux de couture pour les résidents qui n'ont pas de famille proche pouvant les assumer.

Depuis cette année, j'ai mis en place des journées de rencontre avec une classe de CE2 située sur Ganges. Une rencontre d'échange s'est déroulée à Noël, une autre a eu lieu en juin. Les enfants et les résidents apprennent des chants en commun, leur permettant d'avoir un échange intergénérationnel. Les enfants apportent également des dessins, cadeau très apprécié des résidents.

Les aspects réglementaires de la gestion du personnel

J'applique la convention collective des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

Les cycles de travail sont basés sur des cycles de quinze jours pour les aides-soignantes et trois semaines pour les I.D.E.

L'équipe du matin :

- Les A.S./A.M.P. commencent à partir de 6H30 pour finir à 13H30
- L'I.D.E. de service assure les horaires 7H00-16H00
- Les A.S.H. travaillent sur le créneau 7H00-12H00

L'équipe de l'après midi :

- I.D.E. : 16H00-19H15
- Les A.S./A.M.P. travaillent de 13H00 à 20H30
- La veilleuse prend son service à 20H30 pour terminer le lendemain à 6H30.

Actuellement, les plannings et la gestion des remplacements des personnels absents sont gérés par la secrétaire puisqu'elle avait déjà cette délégation avant que je prenne la direction de l'établissement.

Une aide-soignante, une secrétaire et deux I.D.E. travaillent à mi-temps pour des raisons familiales. Une autre aide-soignante exerce à trois quarts temps.

2.2 LA NECESSITE D'UNE OFFRE MIEUX COORDONNEE

*«L'intégration des établissements dans un réseau local d'acteurs en gérontologie participe au refus de relégation ».*⁵²

Dans un souci de prise en charge optimale de la personne âgée et afin de répondre à ses véritables attentes, il est nécessaire que l'ensemble des prestations qui lui sont proposées soit coordonné au sein d'un guichet unique. Le C.L.I.C. Trait D'Union est ce lieu de coordination sur le bassin gérontologique de Ganges.

2.2.1 La coordination dans les textes

Dès 1962, le rapport LAROQUE proposait de mettre à la disposition des personnes âgées « un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins ».

-coordination administrative au plan départemental : recensement des besoins, détermination des services à créer, des investissements à prévoir

-coordination sociale au niveau local dont l'objectif essentiel est l'orientation de l'usager vers le service adéquat.

Jusque dans les années 1970, la coordination gérontologique se situe dans une logique de maillage du territoire.

Dans un rapport de novembre 1999, « une société pour tous les âges », JM. PALACH⁵³, Inspecteur des affaires sociales, présente la coordination gérontologique comme un moyen d'endiguer la stratification des politiques de la vieillesse.

Institués à titre expérimental en 2000 et confirmés par la loi du 20 juillet 2001⁵⁴ relative à l'A.P.A., les C.L.I.C. ont pour vocation d'offrir aux personnes âgées un lieu d'écoute et d'information sur l'offre de services dont elles peuvent bénéficier localement. Ils peuvent être appelés à évaluer les besoins des personnes âgées et aider à la mise en œuvre d'un plan d'aide individualisé.

Puis la loi du 13 août 2004⁵⁵ est venue encadrer le fonctionnement et la légitimité des C.L.I.C. en transférant la compétence en matière de C.L.I.C. aux départements.

Le C.L.I.C. est un dispositif de proximité. Sa zone d'intervention est infra-départementale et correspond au « bassin de vie ».

⁵² A. VILLEZ, Adapter les établissements pour personnes âgées, éd. DUNOD, janvier 2005, p.140

⁵³ PLACH J-M, Une société pour tous les âges, Rapport, La Documentation française, novembre 1999

⁵⁴ L'axe sanitaire est décliné par les réseaux de santé prévus par la loi du 4 mars 2002

⁵⁵ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF 17 août 2004

La procédure de création des C.L.I.C. a le maillage qui doit être cohérent avec le schéma régional d'organisation sanitaire. Elle repose sur l'initiative d'une personne privée (association) ou publique (département, C.C.A.S...).

Le C.L.I.C. a vocation à fédérer autour de lui le plus grand nombre d'acteurs possibles.

La coordination passe par le réseau gérontologique qui a comme objectifs essentiels de :

- Détecter les situations de perte d'autonomie.
- Repérer les besoins et si possible les anticiper.
- Informer les personnes âgées, leur famille, les aidants et les acteurs de terrain.
- Apporter des réponses adaptées.
- Organiser les réponses en partenariat autour de la personne âgée par la recherche des modes d'intervention les plus adaptés en les coordonnant.

Sous le label C.L.I.C. sont installés des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer. Ces structures se situent dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en réseau entre les professionnels et les acteurs locaux.

Les C.L.I.C. constituent un des points d'appui des politiques publiques territoriales en faveur des personnes âgées. Dès sa mise en place, le dispositif a été conçu pour être piloté au niveau départemental. La démarche de création des C.L.I.C. est une démarche partagée par le Préfet, représentant de l'Etat dans le département et par le Président du Conseil Général.

La loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie a inscrit les C.L.I.C. au cœur des territoires comme des instruments d'information du public et de coordination de l'action gérontologique.

La loi du 2 janvier 2002 répertorie les C.L.I.C. dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Au 31 décembre 2004, 517 C.L.I.C. étaient répartis sur l'ensemble du territoire.

Les missions des C.L.I.C.⁵⁶

Les missions des C.L.I.C. se déclinent selon trois niveaux de label.

- Niveau 1 : il correspond aux missions d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose, outre le personnel nécessaire, un local accessible et repérable, un accueil téléphonique, une base de données, des actions de formation-information. Il doit

⁵⁶ Les Centres Locaux d'Information et de Coordination, Direction générale de l'action sociale, 31 décembre 2004

proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.

- Niveau 2 : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partiels (comme des groupes de paroles, des actions de formation-information, des actions de prévention...) Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.
- Niveau 3 : il prolonge le niveau 2 ; il prend en charge le suivi et l'évaluation des situations les plus complexes ; il articule la prise en charge médico-sociale et la coordination des acteurs de santé ; l'accompagnement social et les actions d'aide à l'amélioration de l'habitat. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les services de transport, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile. Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention.

Le territoire d'intervention des C.L.I.C.⁵⁶

Le territoire d'intervention des C.L.I.C. est infra-départemental : il est défini au niveau départemental dans le cadre du schéma gérontologique et correspond aux « bassins de vie ».

Le pilotage départemental⁵⁶

Depuis le 1^{er} janvier 2005⁵⁷, le Président du Conseil Général autorise les créations de C.L.I.C. après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

2.2.2 La place de l'E.H.P.A.D. dans le réseau

Les réseaux ont pour ambition de favoriser, sur un territoire donné, une meilleure orientation de l'utilisateur. Ils développent aussi la coordination et la continuité de la prise en charge.

La loi du 2 janvier 2002, prévoit la coordination afin de garantir la continuité de la prise en charge. Aussi, l'établissement peut conclure des conventions avec d'autres établissements médico-sociaux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privé.

⁵⁷ Date d'entrée en vigueur de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

L'E.H.P.A.D. et la coordination

Le bassin gérontologique de Ganges est coordonné depuis septembre 2001 par le Comité Local d'Information et de Coordination Trait d'Union.

L'équipe de coordination gérontologique du C.L.I.C. Trait d'Union est composée d'un poste d'assistante sociale, d'un infirmier et d'une secrétaire. Ce sont des professionnels qualifiés pour s'inscrire dans un travail de qualité dans la durée.

Le C.L.I.C. de Ganges est labellisé de niveau trois. Il travaille sur trois bassins gérontologiques : Ganges, Saint Martin de Londres, Saint Mathieu de Trévières.

Les conventions de coopération

En 2002, une première convention de coopération avait été signée avec **la Clinique Saint Louis de Ganges**. En 2006, elle a été actualisée.

Il est ainsi prévu par ce rapprochement, que la clinique assure l'accueil des urgences et la prise en charge des résidents lors de l'hospitalisation. L'E.H.P.A.D. s'engage, quant à lui, à accueillir des patients de la Clinique lorsque ceux-ci ne peuvent pas envisager un retour à domicile.

En 2007, une autre convention de coopération a été signée avec la **clinique de Prime Combes** inscrite sur le territoire de santé⁵⁸ dont dépend l'établissement « Les Dominicaines ». Cette structure prend en charge les séjours psychiatriques programmés ou non.

Cette année, une convention de coopération avec **le C.H.U. Antonin BARMES situé à Montpellier** a été mise en place. Cette convention a pour objet d'optimiser la prise en charge gériatrique en garantissant la continuité des soins par l'effort conjoint. Elle permet également d'instaurer de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts en milieu hospitalier des résidents de l'E.H.P.A.D.

Pour l'année 2008, dans le cadre du projet d'accueil de jour, je vais me rapprocher de **l'association France Alzheimer** afin de formaliser une convention de coopération. L'association assure déjà des permanences dans les locaux de la Clinique Saint Louis à Ganges. Toutefois, une convention permettrait d'assurer des formations auprès du personnel, de mettre en place des groupes de parole avec les aidants familiaux...

2.3 L'EMERGENCE DE NOUVEAUX BESOINS DES PERSONNES AGEES SUR LE BASSIN GERONTOLOGIQUE DE GANGES

Le vieillissement de la population et d'autres facteurs ont laissé apparaître de nouveaux besoins sur le bassin gérontologique de Ganges. Aujourd'hui, deux possibilités de

prise en charge sont laissées au choix de la personne âgée : maintien à domicile ou placement en institution. Il n'existe pas d'espaces intermédiaires. Cependant, différents facteurs montrent des limites au maintien à domicile, sans forcément que la personne âgée soit prête à intégrer une institution. Aussi, face à ce manque et pour répondre à ce besoin, j'ai décidé, tout en m'appuyant sur les politiques publiques qui vont dans ce sens, de créer un véritable droit au répit aux aidants. De nouveaux espaces permettront aux proches de pouvoir réellement « souffler » dans la prise en charge de la personne âgée.

2.3.1 L'état actuel de la prise en charge des personnes âgées à domicile sur le bassin gérontologique de Ganges

L'offre organisée de services à domicile repose essentiellement sur des initiatives associatives. Sa répartition géographique résulte donc moins d'une logique de couverture rationnelle que de la dynamique de chaque réseau associatif.

2.3.1.1 La présence de Services de Soins Infirmiers A Domicile

La politique publique actuelle en faveur des personnes âgées est le maintien à domicile. Aussi, pour que cela soit rendu possible, il existe des services spécifiques à cette prise en charge.

La loi du 2 janvier 2002 a reconnu les S.S.I.A.D. comme structure médico-sociale. Les S.S.I.A.D. constituent un des éléments essentiels de la prise en charge médicalisée à domicile de personnes âgées, voire très âgées, malades et le plus souvent dépendantes pour la réalisation des gestes essentiels de la vie quotidienne tels que l'alimentation, l'élimination, la toilette...

Les soins dispensés à domicile par les intervenants paramédicaux (Aide-Soignante, Infirmière) des S.S.I.A.D. font tous l'objet d'une prescription médicale. Ils sont intégralement financés par l'assurance maladie.

-Ils permettent de différer une institutionnalisation de la personne âgée. La loi du 2 janvier 2002 a pour objet la désinstitutionnalisation de la prise en charge en proposant le libre choix à l'utilisateur entre institution et maintien à domicile. Dorénavant, beaucoup de personnes âgées peuvent rester chez elles. C'est un choix de vie qu'elles doivent être en mesure d'exercer en toute liberté si leur état de santé le permet.

-Ils participent ainsi au maintien dans leur foyer de personnes âgées et dépendantes qui souhaitent continuer à y vivre.

⁵⁸ En application de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004

Sur le bassin gérontologique de Ganges, l'Association Présence Verte gère 25 places autorisées en S.S.I.A.D.

Les associations A.D.M.R. et Rayon de soleil proposent des aides à domicile (aide ménagère, garde-malade...)

Trop souvent, l'entrée en institution (Hôpital ou E.H.P.A.D.) est liée à une mauvaise prise en charge médicale à domicile en raison d'une offre inadaptée ou insuffisante.

Aussi, le plan solidarité grand âge de Ph. BAS a pour objectif de permettre aux personnes âgées de rester à domicile si elles le souhaitent en offrant tous les soins nécessaires. Le nombre de places de S.S.I.A.D. actuellement limité à 87 000 sera augmenté de 40% en 5 ans selon le plan. A partir de 2010, ce sont 7 500 places de S.S.I.A.D. qui seront créées chaque année.

2.3.1.2 Des aides à domicile avec un service de portage de repas

Le bassin gérontologique de Ganges dispose d'un portage de repas à domicile. Deux traiteurs et le service restauration de l'E.H.P.A.D. L'Accueil en assure la confection et le portage à domicile. Aujourd'hui, c'est l'Accueil qui est le principal fournisseur de repas avec une production de cinquante repas par jour qui sont livrés. Les deux traiteurs en livrent une vingtaine chacun.

2.3.2 Développement de pathologies neuro-dégénératives : une source de dépendance

Le vieillissement de la population engendre un problème particulier : la question des démences séniles.

Sur 700 000 personnes âgées dépendantes, de 70 ans et plus, près de 500 000 sont atteintes de démences séniles. Actuellement, 40% des nonagénaires sont atteints de troubles psychiques et intellectuels. La maladie d'Alzheimer est susceptible d'être à terme à l'origine d'une majorité des demandes A.P.A.

Les démences séniles et les maladies neuro-dégénératives constituent la première source de dépendance des personnes âgées, dépendance particulièrement difficile à prendre en charge. Ces personnes nécessitent obligatoirement tôt ou tard une assistance permanente, souvent de longue durée, extrêmement éprouvante pour les proches et coûteuse lorsqu'elle fait intervenir des professionnels.

De plus, la personne âgée développe généralement plusieurs pathologies au fur et à mesure de son vieillissement.

2.3.2.1 Des statistiques pour démontrer ce phénomène

La fréquence de la plupart des maladies s'accroît avec l'âge.

Groupes de pathologies	Hommes	Femmes
Neuropsychiatriques	84	86
Cardiovasculaires	70	76
Ostéoarticulaires	39	54
Gastroentériques	34	37
Endocriennes	23	27
Uronéphrologiques	23	27
Endocriniennes	23	27
Broncho-pulmonaires	33	17
Hématologie et cancérologie	17	15

En établissement, les trois groupes d'affection les plus courantes sont :

- les états dépressifs
- le syndrome démentiel
- les troubles du comportement

2.3.2.2 Un diagnostic nécessaire pour une prise en charge réussie

Des problèmes liés à des sur-pathologies viennent s'ajouter à la démence et doivent être pris dans l'accompagnement de la personne.

Dans le cadre de la convention que j'ai passée avec le centre Antonin BALMES, des consultations mémoires sont désormais possibles afin de diagnostiquer les maladies de plus en plus tôt. Je peux ainsi mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour le résident avec les familles et en lien avec le médecin traitant.

Le diagnostic précis me permet d'améliorer le niveau de compétence des soignants par des formations spécifiques. Je peux également adapter le projet de soin de la structure par la mise en place d'activités spécifiques.

Lorsque la prise en charge atteint ses limites et que la sécurité du résident ne peut plus être assurée dans des conditions optimales, je l'oriente auprès de structures adaptées telles que les C.A.N.T.O.U.

2.3.2.3 Un épuisement prématuré des aidants dans la prise en charge

Les démences séniles sont très souvent facteurs de souffrance pour les familles qui voient leur parent âgé ne plus être capable de maîtriser son destin.

Si la majorité des personnes âgées peuvent vivre à domicile, c'est souvent grâce à l'aide apportée par leurs proches.

Plus du quart des personnes âgées de soixante ans, et plus de la moitié de celles de plus de soixante-quinze ans bénéficient d'une aide régulière qui implique les proches dans 80% des cas⁵⁹. Dans la moitié des cas, les personnes ne reçoivent qu'une aide non professionnelle. Selon la D.R.E.S.S., les aidants non-professionnels sont au nombre de 3,7 millions⁶⁰

C'est dans les moments de crise que les familles expriment une demande afin de pouvoir répondre au changement de comportement de leurs parents.

Le rapport Bien Vieillir énonce « *que l'absence marquée de lieux d'écoute et d'information, de soutien aux familles, d'aide à la décision, de dispositif de médiation familiale, d'accueil de jour ou encore d'hébergement temporaire, débouche très souvent sur une demande d'hébergement.* »

2.3.3 La raréfaction des proches

Pendant longtemps, les parents vivaient avec leurs enfants, aujourd'hui cette situation tend à disparaître.

2.3.3.1 Exode rural

Avec l'évolution industrielle, le chômage rural, le sous-emploi rural dès la fin du XIXe siècle, mais surtout après 1945, la population rurale a migré vers les villes afin de trouver du travail.

Sur le bassin gangeois, suite à l'apparition du nylon⁶¹, la majorité des filatures de soie ont peu à peu fermé leurs portes. La population a été obligée de se diriger vers les villes de Montpellier ou de Nîmes pour travailler.

Aujourd'hui, les usines qui, bien souvent, fonctionnaient sur un type familial, ont, à leur tour, fermé face au coût de production trop important.

Par ailleurs, les moyens de communication qui se sont développés notamment avec la démocratisation de l'automobile, les nouvelles formes de consommation, ont également incité les jeunes foyers à se diriger vers les zones urbaines.

Aujourd'hui, avec un taux de chômage de 8,6% en France⁶² au dernier trimestre 2006 et de 13% dans l'Hérault, les jeunes sont contraints d'aller travailler dans d'autres régions, laissant alors leurs proches à leur domicile.

⁵⁹ Enquête Handicap, Incapacité, Dépendance réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2001

⁶⁰ DREES, Etudes et résultats, n°142, novembre 2001

⁶¹ Le nylon, fibre chimique est apparu en 1945

⁶² Source INSEE, sens du B.I.T.

A ce jour, le bassin de Ganges est devenu une cité vieillissante et dortoir. En effet, face au coût élevé du logement en ville, la population active préfère assurer les trajets entre le domicile et le lieu de travail.

2.3.3.2 Des liens familiaux et inter-générationnels de plus en plus fragiles

Jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale (1945-1965), jamais la famille n'avait été aussi stable au point de forger la norme familiale nucléaire et de laisser croire à son universalité. Hommes et femmes se marient de plus en plus jeunes pour avoir près de trois enfants en moyenne. Le divorce était rare et fortement stigmatisé.

Aussi, il était de coutume de garder à domicile ses personnes âgées. C'était une logique d'assistance qui s'était mise en place.

C'est durant cette seconde guerre que les femmes ont pris une part importante dans la vie active pour remplacer les hommes qui étaient sur le front. Il fallait alors continuer à assurer le fonctionnement économique du pays et surtout avoir un revenu financier au foyer quand les seuls revenus d'exploitation agricole ne suffisaient plus.

Ce fut alors le début de l'émancipation de la femme qui, jusqu'à présent, restait au foyer. Son rôle premier était de s'occuper des enfants et des grands-parents. Elle assurait les travaux ménagers et même agricoles lorsque cela était nécessaire.

Parallèlement à ce phénomène, à partir des années 70, les divorces ont doublé, la chute de la fécondité n'a pas manqué non plus d'inquiéter les pouvoirs publics.

Pour expliquer cette mutation de la famille, certains spécialistes évoquent l'autonomie acquise par les femmes, que ce soit sur le plan de la sexualité (maîtrise des naissances) ou celui des ressources (indépendance économique)

Ainsi, la cellule familiale, constituée parfois de trois ou quatre générations, s'est trouvée considérablement modifiée par l'exode rural et par le fait que les femmes soient rentrées massivement sur le marché du travail. La famille devient fragile, individualiste et les femmes actives apparaissent de moins en moins en mesure d'assumer l'ensemble des tâches domestiques et donc moins disponibles pour prendre soin de leurs parents vieillissants.

Dans la société contemporaine, et surtout en milieu industriel et urbain, les conditions de la vie professionnelle, du logement, l'éclatement ou le relâchement des liens familiaux entre générations successives, ont rendu nécessaire la recherche de solutions adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées qui ne peuvent plus trouver leur satisfaction dans

un cadre de vie traditionnel.

En effet, le système d'entraide qui prévalait jusque-là a commencé à ne plus fonctionner.

Les jeunes ne sont plus là pour s'occuper de leurs aînés. Il a fallu que la société prenne le relais puisque les familles et les femmes dans les familles ont délégué ce travail.

Mais la prise en charge des personnes âgées inactives fait peser une charge de plus en plus lourde sur la population en activité (pensions de retraites financées par les cotisations, aide sociale à la charge des collectivités locales).

2.3.3.3 Créer un droit au répit aux aidants

Le Petit Larousse définit « *l'aidant comme une personne qui prête son concours à quelqu'un, qui aide quelqu'un* ».

Un aidant familial est donc une personne qui prend soin, à titre non professionnel, d'un proche malade, dépendant.

Plus de 80% de l'aide apportée aux personnes handicapées ou aux personnes âgées dépendantes sont délivrés de manière informelle par les conjoints, parents, voisins, bénévoles, etc... En vivant auprès de personnes qui ne peuvent pas ou plus accomplir un certain nombre d'actes de la vie quotidienne du fait d'un état de dépendance, les aidants ont des besoins et des attentes.

L'aidant familial apporte une aide, parfois très lourde, sur la durée. Il ne s'autorise pas toujours à demander un soutien pour lui-même. Il risque à terme d'atteindre le seuil de l'épuisement, aussi néfaste pour lui-même que pour la personne qu'il accompagne.

Aujourd'hui, il existe un manque de soutien véritable à l'entourage. En effet, les familles doivent être aidées de manière significative car la vieillesse constitue un enjeu particulier qui renvoie au champ privé et qui est une affaire essentiellement familiale.

L'aide aux personnes âgées dépendantes soumet les aidants à de fortes contraintes.

La vieillesse évolue dans une succession de périodes de calme et de crise. C'est dans ces périodes de crise, de maladie, que s'exprime l'épuisement de la famille, en particulier dans les situations de démence.

40% des aidants disent ne pas pouvoir prendre de vacances.

Il est donc nécessaire de pouvoir définir une forme d'équilibre entre l'aide familiale, qui garde un rôle primordial dans l'accompagnement de la personne âgée, et une aide professionnalisée.

L'investissement des familles ne peut se maintenir dans une exigence de qualité qu'à la condition que soit mis en place un ensemble de dispositifs, allant d'actions de prévention

de la dépendance à des actions de maintien à domicile, ainsi que des dispositifs d'hébergement collectif de qualité.

La famille évolue : augmentation de l'investissement des enfants aux côtés de leurs parents âgés, participation aux choix de vie de la personne âgée et aux modalités de prise en charge, tant à domicile qu'en hébergement.

L'implication des familles, dans l'aide à leurs parents en perte d'autonomie, représente une part déterminante de la prise en charge.

Il s'agit donc de prendre en considération cette dimension pour comprendre les situations possibles:

- d'épuisement,
- de détérioration de l'environnement familial,
- de questionnement sur la pertinence de l'action,
- de culpabilisation dans laquelle peuvent se trouver les aidants qui sont souvent seuls devant les problèmes.

La vieillesse, bien souvent accompagnée de détérioration des capacités physiques et/ou psychiques, est marquée généralement par des situations de crise qui doivent être gérées dans l'urgence.

C'est dans ces situations de crise, vécues par la personne en perte d'autonomie, que la famille est le plus sollicitée. Elle doit pouvoir trouver des réponses lui permettant de dépasser ces moments difficiles.

La maladie peut également modifier le comportement de la personne âgée: « *La prise de conscience de la dégradation de son état de santé peut avoir des répercussions sur son humeur, donner lieu à des phénomènes d'irritabilité, voire d'agressivité envers l'entourage. La personne peut se sentir gravement humiliée par son incontinence, par la nécessité d'avoir en permanence à recourir à autrui pour être lavée, nourrie, déplacée.* ». Les proches ne sont pas forcément bien préparés à gérer cette situation, ce qui peut aboutir dans certains cas à des situations de maltraitance.

Aussi, pour pallier à toutes ces difficultés, j'ai décidé de mettre en place, de manière effective, ce droit au répit des aidants, en créant un accueil de jour et des places en séjour temporaire au sein de l'E.H.P.A.D. permettant à chaque famille de pouvoir « souffler ».

3 - DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES DE L'E.H.P.A.D. PAR LA CREATION DE PLACES EN ACCUEIL DE JOUR ET EN SEJOUR TEMPORAIRE

Le travail en E.H.P.A.D. peut devenir usant si, en tant que Directrice, je ne veille pas à ré-instaurer ou réhabiliter du sens. Le projet d'établissement, la formation continue, l'écoute et l'analyse du quotidien sont des moyens indispensables pour donner le meilleur de nous-mêmes auprès de la personne âgée qui est notre première partenaire.

Aussi, je propose la création d'un accueil de jour et temporaire qui se veut un service de proximité et de réponse à une demande des familles (1). Toutefois, ce projet ne pourra prendre forme et exister que si j'ai une équipe formée et impliquée dans la diversification de la prise en charge des usagers (2). Enfin, la rédaction du projet d'établissement formalisera toute cette démarche de projet (3).

3.1 L'ACCUEIL DE JOUR ET LE SEJOUR TEMPORAIRE, UN SERVICE DE PROXIMITE A DESTINATION DES PERSONNES AGEES ET LEURS FAMILLES

Le Plan Solidarité Grand Age énonce à juste titre que la dépendance pèse sur les familles. L'aide des proches par une offre de service de proximité est nécessaire.

3.1.1 Proposer un accueil de proximité pour un véritable choix de services

L'accueil temporaire et l'accueil de jour sont deux types d'accueil relevant de la loi du 2 janvier 2002.

3.1.1.1 Le cadre réglementaire

3.1.1.1.1 L'accueil temporaire

Le décret du 17 mars 2004⁶³ est venu préciser la définition et l'organisation de l'accueil temporaire des personnes âgées.

Il s'agit d'un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel à temps complet ou partiel avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.

L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.

⁶³ Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services, JORF 18 mars 2004

Il vise, selon les cas :

-A organiser, pour les intéressés :

- des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge,
- des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ;
- des réponses à une situation d'urgence ;

-A organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge. Il représente « une soupape de sécurité » à l'épuisement des familles.

Ce type de prise en charge est financé par l'A.P.A. pour la partie dépendance et par l'assurance maladie pour les soins.

Les charges liées à la dépendance sont supportées par l'usager et l'établissement.

3.1.1.1.2 L'accueil de jour

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

Les accueils de jour peuvent être autonomes ou rattachés à une structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec des locaux dédiés à cet accueil.

3.1.1.1.3 Les objectifs du plan solidarité grand âge

	31 décembre 2004	2005	Prévu
Accueil temporaire	1504	2034	1100 tous les ans sur les 5 ans à venir
Accueil de jour	2242	3456	2500 tous les ans sur les 5 ans à venir

3.1.1.1.3.1 Le schéma gérontologique

Le schéma gérontologique du département de l'Hérault 2003-2007, a pour objectif, dans le cadre de l'accompagnement et du soutien aux aidants, de permettre aux familles et

aux aidants naturels d'assumer, dans de bonnes conditions, le maintien à domicile des personnes âgées.

Pour répondre à cette demande et suite à l'étude menée, huit places en accueil de jour et deux en séjour temporaire vont être créées.

Toutefois, pour me conformer aux exigences du schéma, je propose la mise en place d'un accueil de jour permettant d'assurer une prise en charge de proximité des personnes âgées dépendantes.

3.1.1.2 Les objectifs d'une telle création

Le projet d'établissement répond à différents objectifs visés par l'accueil de jour et le séjour temporaire :

3.1.1.2.1 *Rompre l'isolement*

Les personnes âgées ont besoin, comme tout un chacun, d'échange, de vie sociale et de se sentir utiles.

Les accueils de jour favorisent la rencontre avec d'autres personnes, maintenant ou restaurant la socialisation, en rompant avec le confinement et l'isolement que peut parfois engendrer le maintien à domicile avec toutes les conséquences qui s'ensuivent : repli sur elles-mêmes, source de détérioration intellectuelle et psychique.

La personne accueillie se voit offrir la possibilité de participer à des activités collectives qui lui permettent de maintenir son autonomie et ses capacités. Dans un environnement adapté, avec des professionnels compétents, ces lieux de vie offrent la possibilité de mobilisation des capacités.

Aussi, dans l'objectif de rompre cet isolement dans lequel se trouve parfois la personne âgée à domicile, victime de désorientation ou de mobilité réduite, l'E.H.P.A.D. apparaît comme un véritable lieu de rencontre.

Cette année, j'ai pris contact avec une institutrice d'une classe de C.E.2. de l'école de Ganges. A Noël et à Pâques, des échanges inter-générationnels ont eu lieu entre petits et plus grands. Ce partenariat avec l'école va perdurer sur les années à venir car ces échanges sont stimulants et très importants pour la personne âgée.

De même, les bénéficiaires de cette diversification d'offre de services profitent des sorties communes que j'ai mises en œuvre avec les autres résidents des deux E.H.P.A.D. de Ganges.

3.1.1.2.2 *Maintenir les actes de la vie courante*

L'accueil de jour, tout comme l'accueil temporaire doivent permettre un maintien ou un retour à domicile. Aussi, ces accueils doivent être un véritable lieu de prévention.

Pour cela, des animations ciblées sont intégrées dans le projet de vie :

- **gymnastique douce** : une heure par semaine. Cet atelier a été monté en collaboration avec un kinésithérapeute afin de cibler des mouvements permettant de maintenir la mobilité et prévenir les chutes.

- **atelier cuisine** permettant de stimuler la fonction gustative de la personne âgée.

- **atelier mémoire** (théâtre, jeux ciblés, question sur l'actualité...) afin de stimuler les fonctions intellectuelles. Il fonctionne une fois par semaine avec un groupe homogène⁶⁴ de huit à douze personnes. L'animatrice veille à ce que tous les participants prennent la parole et en particulier ceux qui ont le plus besoin de temps pour formuler leur réponse.

- **atelier de travaux manuels** (peinture, modelage,...). Il est proposé plusieurs fois par semaine.

Ces activités proposées sont variées et stimulantes.

3.1.1.2.3 *Donner un répit aux aidants et proposer un lieu d'échange*

La création des places vise à offrir un véritable répit aux aidants. L'accueil de jour assure un relais dans le projet de maintien à domicile désiré par la personne âgée. Il donne également aux familles l'occasion de souffler quelques heures dans la journée, tout en ayant une parfaite tranquillité sur les conditions de prise en charge et de sécurité.

En effet, l'accompagnement d'un parent âgé désorienté ou dépendant nécessite une présence exigeante en terme de contrainte horaire et de calendrier qui est souvent un obstacle à une organisation satisfaisante d'une vie personnelle et familiale. Au travers du formulaire distribué, de nombreux aidants familiaux m'ont fait part de leur refus de partir en week-end ou en vacances du fait de la présence du parent âgé.

En plus du droit au répit, la mise en place de groupes de parole permet à l'ensemble des aidants :

-de prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls à vivre une situation difficile,

-de pouvoir échanger avec d'autres,

-d'établir des relations,

-d'acquérir des connaissances dans le champ de la vieillesse par des réunions à thèmes,

⁶⁴ Compréhension des consignes, facilité d'élocution...

-de débattre des questions qui se posent au quotidien. De plus, les familles peuvent s'exprimer sur des situations d'isolement qu'elles pensent être seules à vivre.

Dans ces groupes de parole, l'intervention de personnes qualifiées, tel qu'un psychologue ou l'infirmier coordonnateur du C.L.I.C. est nécessaire afin d'apporter des réponses aux aidants.

Aussi, l'accueil de jour et le séjour temporaire sont une réponse à un besoin de socialisation pour des personnes âgées qui vivent à domicile et qui ont perdu le contact avec l'extérieur, du fait de la maladie.

3.1.1.3 Répondre aux besoins par un accueil souple, adaptable et suffisant

Dans l'objectif de proposer une véritable prise en charge adaptée de la personne âgée, j'ai interrogé des aidants dont le parent ou le conjoint (ce qui était souvent le cas) était atteint de troubles démentiels.

Je n'ai malheureusement pas pu recueillir les souhaits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de trouble démentiel car la maladie était déjà souvent à un stade avancé. J'ai donc élaboré un questionnaire. Le choix de cet outil s'est imposé en raison du manque de temps des aidants et du mode de diffusion du questionnaire⁶⁵.

Aussi, face aux réponses obtenues, l'accueil doit être souple, adaptable et suffisant :

-**Souple** car il consiste à proposer une plage horaire de prise en charge de sept heures à vingt heures afin de permettre aux enfants ou aidants de déposer leur parent avant de partir travailler, par exemple.

-**Adaptable** car l'offre de service est modulable. La personne âgée est libre de venir une demi-journée ou plusieurs jours par semaine en fonction de ses besoins et ceux de l'aidant.

-**Suffisant**. En m'appuyant sur l'étude et face à une absence de ce type d'offre de service, huit places en accueil de jour et deux places en séjour temporaire sont créées pour répondre aux besoins.

Ce type d'accueil vise à **recevoir des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer ou en perte de mobilité ou en situation d'isolement.**

En intégrant un accueil de jour ou temporaire, la personne âgée s'habitue à l'institution tout en restant à domicile. Aussi, l'entrée en établissement lui sera moins difficile le jour venu.

⁶⁵ Questionnaire diffusé par le C.L.I.C.

3.1.2 Prévoir les éléments techniques

Lors de mes différentes rencontres en amont avec des directeurs d'E.H.P.A.D. qui avaient mis en place des accueils de jour, certains d'entre eux ont rencontré des difficultés quant à leur réalisation.

3.1.2.1 Assurer le transport

Lors de l'étude de ce projet, j'ai pris contact avec certains de ces directeurs d'E.H.P.A.D. en milieu semi- rural qui avaient mis en place l'accueil de jour. Ils m'ont déclaré ne pas remplir leurs places et présenter un taux d'occupation avoisinant les 30%. Ce faible taux est justifié par l'absence de transport entre le domicile et l'établissement et par l'accueil des personnes âgées durant des plages horaires très réduites. Les proches qui exercent une activité salariée, et plus particulièrement les enfants, ne peuvent pas déposer la personne âgée dans la structure d'accueil de jour. La problématique des transports a également été soulevée lors des réponses au questionnaire. Pour la majorité des aidants interrogés, l'existence d'un transport est un élément incitatif. Pourtant, quelques aidants préfèrent amener leur proche à l'accueil de jour pour garder un lien avec l'équipe soignante.

Le décret du 11 mai 2007⁶⁶ vient de lever un des principaux obstacles au développement de l'accueil de jour. Aussi, l'E.H.P.A.D. qui propose un service d'accueil de jour, peut bénéficier d'un abondement de la dotation de soins afin de financer les charges liées au transport entre le domicile et l'établissement. En effet, avant ce décret, les frais de transport étaient à la charge intégrale de l'utilisateur, ce qui pouvait être un obstacle au bon fonctionnement de l'accueil de jour. Dorénavant, l'Assurance Maladie finance le forfait journalier applicable au nombre de places autorisées. Toutefois, pour en bénéficier, le gestionnaire de l'établissement doit justifier de modalités d'organisation des transports adaptées aux besoins des personnes accueillies.

Aussi, l'achat d'un véhicule de huit places ne nécessitant pas de permis particulier afin d'assurer le transport quotidien des personnes âgées est prévu au plan pluriannuel d'investissement. Le conseil général a validé cet achat qui sera effectué dès le début de l'année 2008. La question qui a été posée lors d'une réunion, était le problème de surveillance des personnes dans le véhicule lorsque l'A.M.P. doit se rendre au domicile chercher la personne suivante. Aucun texte n'exigeant la présence de deux personnes dans

⁶⁶ Décret n°2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport pour les accueils de jour rattachés à un E.H.P.A.D., J.O.R.F. 12 mai 2007

le véhicule, ce dernier sera équipé de harnais de sécurité pour répondre à la problématique soulevée.

Par contre, pour éviter d'avoir une tournée trop longue en durée, entre le premier usager et le dernier accueilli, le transport est proposé aux personnes âgées vivant dans les communes avoisinantes de Ganges. Le circuit dure environ une heure pour vingt-quatre kilomètres. Il est assuré à partir de 9 heures le matin par l'A.S.H. et à 18 heures 30 le soir par l'A.M.P.

Avec le nouveau décret, en proposant le transport, le coût est moins onéreux pour la personne âgée. En effet, certains aidants m'ont dit que le coût du transport en taxi était presque aussi cher que le prix de journée de l'accueil de jour, lorsque le transport n'était pas pris en charge.

En individualisant le coût avec, pour base, les frais kilométriques⁶⁷, le transport revient à 8.87€ par jour pour le matin et le soir. Toutefois, la D.D.A.S.S. finance 8.22€ par place et par jour dans une limite de 3000€ par place. Le coût de revient pour l'utilisateur est de 0.65€ par jour.

3.1.2.2 Organiser les espaces

Deux studios sécurisés (sonnette d'alarme...) en rez-de-chaussée sont mis à la disposition des usagers venant en accueil temporaire.

Ces espaces de vie chaleureux et conviviaux sont proches des lieux de vie (salon, salle à manger, salle d'animation...).

Les locaux destinés à l'accueil de jour sont situés au rez-de-chaussée de l'établissement. Une salle est équipée de lits et de fauteuils relax permettant à la personne âgée de se reposer, une autre est destinée à l'animation. La première est équipée d'une caméra de vidéo surveillance reliée à la salle de soins, permettant au personnel de surveiller les personnes qui se reposent.

Les repas sont pris en commun. L'animation est également proposée aux usagers de l'accueil de jour et aux résidents de l'E.H.P.A.D.

L'établissement est de type J, donc l'ensemble des locaux correspond aux normes de sécurité. Les locaux destinés à l'accueil de jour et au séjour temporaire n'ont nécessité aucun aménagement particulier.

Un parc de 6 hectares, sécurisé par une clôture, est également à la disposition des personnes âgées. L'aménagement réalisé l'année dernière leur permet de circuler avec les fauteuils roulants plus aisément.

⁶⁷ 0.60€ par kilomètre pour les véhicules de 6 chevaux fiscaux

Ce projet est intégré à un cadre qui se veut « convivial », rappelant celui du domicile.

3.1.2.3 Prévoir les conditions d'admission

L'accueil de jour et le séjour temporaire sont proposés à des personnes seules ou en couple, âgées d'au moins 60 ans.

L'accueil reçoit en priorité des personnes âgées du bassin gérontologique de Ganges afin que l'établissement puisse assurer le transport. L'admission d'autres personnes est effectuée en fonction des places disponibles.

Lors de toute demande faite par téléphone ou par écrit, un livret d'accueil est envoyé au demandeur. Si la famille décide de donner suite, un rendez-vous est fixé. Au cours de cet entretien, dont bien souvent la personne âgée est absente, je présente à la famille le fonctionnement de l'établissement (les locaux, les animations proposées, l'encadrement...).

Je lui remets alors un dossier d'inscription composé :

- D'un dossier administratif
- D'un dossier médical rempli par le médecin traitant, qui est ensuite transmis au médecin coordonnateur. Celui-ci donne son avis quant à l'admission, en sachant que l'accueil de jour ne recevra pas de personnes dont l'état nécessite des soins médicaux constants.

Ensuite, au regard des différents éléments et des critères définis par l'association, avec l'avis du médecin coordonnateur, l'inscription est validée. Par contre, lorsque nous ne pouvons pas ou plus assurer la sécurité de personnes âgées atteintes de pathologies, telles que la maladie d'Alzheimer, ou de troubles apparentés à un stade avancé, nous orientons ces personnes vers un C.A.N.T.O.U. Nous travaillons avec cette institution installée sur le même bassin.

Aujourd'hui, face à une demande croissante, aucune place n'est disponible immédiatement. L'inscription est alors faite sur la liste d'attente. Toutefois, les places en accueil temporaire sont souvent occupées pour attendre une place au sein de l'E.H.P.A.D. En effet, avec une prise en charge de trois mois renouvelable une fois, une place au sein de l'établissement peut se libérer entre temps.

3.1.2.4 Mettre en œuvre une phase de communication

La faible fréquentation d'un accueil de jour peut être la conséquence d'un défaut de communication. Les familles, comme les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins généralistes, n'ont pas nécessairement la connaissance de ce type de structure.

Cette phase de communication est donc importante.

Il s'agit d'établir un plan d'action dont les objectifs sont:

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

Les destinataires et les motivations sont les suivants :

- les usagers et les aidants: pour la compréhension du service rendu, réponse à leurs attentes,
- les institutions (financeurs qui, eux, sont informés dès le début du projet et ensuite tout au long de sa construction, hôpitaux, C.L.I.C., partenaires, les élus locaux...) : pour les informer et favoriser les partenariats ou mobiliser des moyens.
- les professionnels de santé : médecins généralistes, pharmaciens, infirmières
- le grand public : information générale, renforcer l'image de l'établissement, faire passer un message.

Quant aux supports, ils ne manquent pas. Le choix doit donc être stratégique pour rappeler l'objectif et être connu d'un large public. Ce sont des plaquettes d'information avec le logo, les coordonnées, le nom du directeur, jours et heures d'ouverture. Elles sont distribuées par le C.L.I.C., les médecins généralistes du canton, les mairies, les pharmaciens. C'est aussi de la publicité dans des journaux spécialisés, des réunions publiques pour expliquer le fonctionnement, des journées portes ouvertes.

Cela doit permettre aux personnes de susciter leur intérêt et d'avoir les premières réponses à leurs interrogations.

3.1.3 Financer des places en accueil de jour et en séjour temporaire

Proposer un service adapté aux usagers est important. Toutefois, le coût de la prestation doit être raisonnable pour que l'utilisateur puisse bénéficier de cet accueil.

3.1.3.1 Les financeurs

La tarification pour un accueil de jour se base sur les mêmes principes que le calcul des prix de journée de l'établissement.

Un tarif journalier de soins correspondant au niveau de dépendance de la personne va être calculé. Les charges en personnel paramédical, notamment correspondant à la prise en charge médicalisée des personnes accueillies, sont intégrées dans la section budgétaire et tarifaire afférente aux soins et incluses dans la dotation globale de soins attribuée à l'établissement.

Pour la part dépendance, l'utilisateur bénéficie de l'A.P.A. à domicile dont le montant est variable selon le niveau de dépendance. Ce montant vient en déduction de la facture.

Pour l'hébergement temporaire, la demande d'A.P.L. est faite si la prise en charge est supérieure à un mois.

La création de places en accueil de jour et d'hébergement temporaire se fait pour les établissements soumis à l'obligation de signer une convention tripartite dans le cadre des dispositions du décret n°99-316 du 26 avril 1999.

Le coût est souvent une difficulté pour l'établissement et les familles.

L'aide dont peut bénéficier la personne accueillie est conditionnée par son degré d'autonomie et doit être intégrée dans son plan d'aide.

3.1.3.2 Prévoir le budget⁶⁸

Avec une prévision de 25 familles, à raison de 2 venues hebdomadaires en moyenne, il y a 50 journées à assurer, soit 10 places pendant 5 jours. Cependant, la demande subit des fluctuations inévitables du fait des hospitalisations ou des entrées en institution. L'aide dont peut bénéficier la personne accueillie est également conditionnée par son degré d'autonomie et doit être intégrée dans le plan d'aide qui va être différent d'un usager à l'autre en fonction de son "girage". Ce dernier va déterminer le montant de l'A.P.A. à domicile et donc le nombre de jours dont la personne âgée pourra bénéficier. Ce système constitue un frein à une fréquentation de l'accueil de jour. Ce sont autant d'éléments à prendre en considération lors de l'établissement du budget prévisionnel et du calcul du prix de journée. Aussi, la création de huit places répond aux réels besoins du bassin.

Les tarifs sont conditionnés par les frais de fonctionnement et les amortissements. Toutefois, disposant déjà des locaux, les amortissements vont s'appliquer sur l'achat de matériel destiné à l'accueil de jour.

Le financement s'appuie sur deux entrées principales :

- Paiement de l'usager avec l'aide de l'A.P.A. à domicile s'il a plus de 60 ans
- Financement de l'assurance maladie

En 2008, une subvention non pérenne de 10 000 euros sera allouée par le Lion's Club qui finance chaque année une action. Elle permettra notamment de financer les investissements destinés à l'accueil de jour (fauteuils, lits...)

De plus, des fauteuils relax, des lits, des chaises et des tables vont être achetés. Les estimations ont été établies sur la base de devis.

Le repas sera facturé au même prix que celui des résidents.

Les personnes apportent leurs médicaments.

⁶⁸ Cf. budget en annexe 5

L'accueil de jour est ouvert cinq jours par semaine, et toute l'année pour répondre au véritable droit au répit des aidants avec un taux d'occupation de 85% (taux basé sur un bon fonctionnement de l'accueil de jour) car aucune offre de service de ce type n'est proposée sur le bassin gérontologique.

Avec 8 places, et un taux d'occupation de 85%, 1768 journées seront réalisées.

Ainsi, le prix de journée global (forfait hébergement, dépendance et soins) est de 67,77€

La circulaire du 16 avril 2002 prévoit un financement de l'assurance maladie de 22,87€ par place et par jour pour une ouverture de 300 jours par an. Ce financement s'élèverait donc à 54 888€. En retranchant ce financement de l'assurance maladie et la prise en charge du transport (8,22€), le montant du prix de journée à la charge de la personne s'élèvera à 36,68€. L'A.P.A. à domicile peut couvrir une partie de ce coût. Les usagers, en fonction du degré d'autonomie, pourront bénéficier au maximum de 15,10€ par jour d'accueil, dans une limite d'un nombre de jours fixé dans le programme d'aide. Cela représente un coût non négligeable qui peut conditionner le taux d'occupation de l'accueil de jour.

Toutefois, il faut préciser que j'ai joué sur les différents coûts et sur le taux d'occupation qui est vraisemblablement trop optimiste pour un service nouveau afin d'obtenir un prix de journée correct. Il y aura de toute évidence une négociation au moment du budget d'ouverture de l'accueil de jour avec les autorités de tarification afin de réduire les prix.

3.2 DYNAMISER L'EQUIPE AUTOUR DU PROJET D'ACCUEIL DE JOUR ET DE SEJOUR TEMPORAIRE

Le projet d'un accueil de jour et de séjour temporaire ne pourra fonctionner que si le personnel est formé et en nombre suffisant pour assurer une prise en charge optimale des usagers en fonction de leurs besoins et dans des conditions leur permettant d'assurer leur sécurité et celle des autres.

3.2.1 La gestion des places en accueil de jour et en séjour temporaire : le personnel, moteur du changement.

Comme l'a souligné P. LEFEVRE⁶⁹, « le personnel constitue la ressource essentielle et majeure de la compétence d'un établissement. Il en représente souvent 70 à 75% de la surface budgétaire. La technicité des personnels constitue un réel enjeu car l'établissement s'appuie sur ses ressources humaines pour créer une dynamique. »

⁶⁹ LEFEVRE P., Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico sociales, éd. DUNOD, 2006P271

3.2.1.1 Informer et motiver le personnel pour accompagner le projet de diversification de prise en charge

Pour la réalisation de ce projet, tout comme dans le management quotidien de l'E.H.P.A.D., le travail est effectué en équipe. C'est le meilleur moyen d'impliquer les salariés, d'éviter la fatigue du personnel, de lutter contre le *burn out*⁷⁰ qui épuise les ressources. Il permet ainsi de partager les souffrances que procure un métier difficile.

La communication avec les équipes donne la possibilité de replacer le résident au cœur des préoccupations.

Resituer le résident dans son individualité fait apparaître les besoins et les attentes de chacun d'entre eux.

En leur exposant les objectifs et l'état d'avancement du projet, les salariés sont directement impliqués. Aussi, des groupes de travail pluridisciplinaires se réunissent dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement, pour travailler sur le choix des animations, sur la thématique des soins de *nursing*, sur les menus et sur les pathologies rencontrées au sein de l'établissement. En connaissant les tenants et les aboutissants, le personnel peut accompagner ce changement que l'établissement connaît.

Cette nécessaire adaptation, source d'incertitude au début, peut paraître inquiétante au personnel, et devient peu à peu motivante car l'organisation du travail se modifie et permet ainsi d'éviter l'usure professionnelle.

Ainsi, régulièrement par le biais des représentants de chaque équipe, par un écrit inséré avec le bulletin de salaire détaillant l'avancement du projet, le personnel est informé. Certes les réunions représentent un coût important dans un établissement, mais elles m'apparaissent essentielles et nécessaires pour une communication optimale et continue.

3.2.1.2 Mutualiser les compétences et les qualifications

La mutualisation des compétences favorise «la transversalité et l'articulation des compétences professionnelles par une meilleure connaissance interne des métiers et des qualifications, mais surtout, en faisant travailler les personnels de façon interdépendante ».

Aussi, au sein de l'établissement, chaque salarié bénéficie des connaissances ou des savoir-faire que d'autres professionnels ont pu acquérir au travers de la technique, des échanges entre eux. Ce type de management ne peut être que bénéfique pour l'usager. Pour ce faire, un management basé sur un travail en équipe qui favorise la communication,

⁷⁰ « syndrome d'épuisement, physique et émotionnel, impliquant le développement d'une vision de soi négative, d'attitudes négatives vis à vis du travail, et d'une perte d'intérêt et de sentiment vis à vis des clients »

les échanges, les réflexions entre les différents professionnels, prédomine au sein de l'établissement.

Le travail en équipe développe la coopération interne et la technicité du personnel. Ainsi, cela concourt à la valorisation des compétences.

Avec plus de communication entre les membres du personnel, les tensions ont nettement diminué. Ce type de management favorise l'initiative et la valorisation... En effet, chacun peut s'exprimer sur les difficultés qu'il rencontre dans son travail. Les autres apportent de par leur savoir, leurs connaissances, leur expérience, des réponses aux problèmes.

3.2.1.3 Faire intervenir des bénévoles

Pour continuer à créer du lien, poursuivre le développement de l'action des bénévoles est important. Aussi, cette action fait partie intégrante des objectifs du projet.

Quatre dames interviennent à raison de deux fois par semaine au sein de l'E.H.P.A.D. Ces aides donnent la possibilité à l'animatrice de se consacrer aux personnes très dépendantes. Les bénévoles proposent, quant à elles, des activités telles que des jeux de société ou des ateliers de travaux manuels auprès des personnes plus autonomes. Toutefois, les activités que les bénévoles animent sont décidées en relation avec l'animatrice et sous ma responsabilité.

3.2.2 Former le personnel, levier de changement

La gestion prévisionnelle des emplois mis en œuvre et le projet d'établissement permettent d'identifier les besoins en formation du personnel afin de répondre aux attentes des usagers de l'accueil de jour et de l'E.H.P.A.D.

3.2.2.1 Le plan annuel de formation

La formation relève de politiques et de dispositifs réglementaires. Il ne faut pas la vivre comme une contrainte mais comme une véritable opportunité. Elle concerne tout le personnel de l'E.H.P.A.D.

Elle permet d'accompagner l'adaptation des structures et des individus dans l'organisation.

Le plan annuel de formation s'appuie sur les souhaits du personnel exprimés lors de l'entretien annuel d'évaluation que je mène début octobre et sur les objectifs de prise en charge.

Une fois les demandes exprimées, je donne priorité aux formations qui seront

effectivement réalisées en fonction des besoins urgents, des formations à caractère obligatoire et des objectifs liés à la prise en charge, le tout dans le cadre de l'enveloppe budgétaire déterminée.

Aussi, lors du prochain plan de formation, afin de mettre en place le projet d'accueil de jour et face à la mutation des pathologies prises en charge (augmentation de la dépendance, évolution croissante des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés...), un module sur la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer sera intégré.

De même, tout au long de l'année, l'ensemble du personnel est associé à la prévention de la maltraitance.

Au delà du plan de formation, je me place aujourd'hui dans une vision stratégique découlant de la G.P.E.C. et des objectifs du projet d'établissement au travers du plan pluriannuel de formation qui se définit comme une réflexion sur l'investissement en matière de formation. Cette pluriannualité permet d'adapter les compétences et les emplois à la prise en charge des usagers de l'accueil de jour et du séjour temporaire. J'anticipe et prépare ainsi l'avenir.

La demande du personnel, pour qui l'adaptation sur le poste n'a pu être financée cette année, sera intégrée dans les années à venir.

De plus, l'année prochaine, face au départ à la retraite de membres du personnel qualifié, j'anticipe la qualification de deux personnes qui ont été recrutées sans diplôme.

3.2.2.2 Associer les représentants du personnel

Les représentants du personnel sont les interlocuteurs privilégiés pour faire le lien entre la Direction et le personnel pour ce qui est des conditions de travail.

Dans l'E.H.P.A.D. les Dominicaines, l'année dernière, une déléguée du personnel et une suppléante ont été élues. Avec un effectif inférieur à cinquante salariés, je ne dispose pas de comité d'entreprise. Aucun syndicat n'est représenté.

Aussi, depuis le début, la D.P. est associée au projet afin qu'elle puisse donner des réponses au personnel qui est relativement inquiet quant au fonctionnement des futures places.

De plus, tous les ans, dans l'objectif de privilégier un dialogue social, je consulte la D.P. lors de l'élaboration du plan de formation. Pour ma part, je vois plus cette procédure de consultation comme un outil de dialogue que comme une contrainte. En effet, cette consultation permet aux représentants du personnel de faire des propositions pour modifier ou améliorer le plan de formation. Les formations répondent alors aux besoins des usagers et à une volonté du personnel de pouvoir éventuellement évoluer sur le poste.

3.2.3 Recruter et adapter les compétences aux besoins de l'utilisateur

« Recruter du personnel, c'est faire une projection dans l'avenir pour vérifier le potentiel humain et technique des candidats. »⁷¹

En effet, «les emplois naissent, vivent, se transforment et disparaissent »⁷² pour s'adapter aux besoins des usagers.

La vie du projet va dépendre de la qualification du personnel. Avant toute chose, il s'agit de répondre à trois questions : combien, quelles qualifications et quel suivi ?

3.2.3.1 Réaliser les fiches de poste pour un recrutement réussi

Il y a quelques mois, j'ai commencé à réaliser les fiches de poste afin de préciser les compétences de chacun des membres de l'équipe. En effet, aucune fiche de poste n'avait été réalisée et leur absence manquait réellement. Certains membres du personnel prenaient des initiatives qui ne leur incombaient pas ou ne faisaient pas les tâches qui leur revenaient.

Aussi, ces fiches de fonction ont permis, dans un premier temps, de clarifier la situation de chacun face à son poste. La réalisation de ces fiches s'est faite en collaboration avec l'I.D.E. référente avant de consulter la déléguée du personnel. Ensuite, chacun des membres du personnel s'est vu remettre sa fiche de fonction contre une signature.

Les fiches de fonction pour l'accueil de jour ont également été réalisées car la prise en charge de l'utilisateur diffère de celle de l'E.H.P.A.D. Elles vont permettre de cibler le profil de salarié à recruter.

3.2.3.2 Intégrer le recrutement dans une démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

« Disposer à chaque instant des hommes nécessaires pour occuper les emplois en fonction du niveau d'activité est un objectif fondamental de la fonction Ressources Humaines ».JM PERETTI

La G.P.E.C. est un outil à la disposition du directeur qui permet de favoriser une gestion des ressources humaines harmonieuse à moyen et long terme au travers de l'évaluation des besoins.

Par la G.P.E.C., je peux anticiper l'adaptation des compétences aux emplois.

Un personnel spécifique et dédié à l'accueil de jour est essentiel. Il s'agit d'accueillir des malades et de les aider avec compétence, ce qui justifie la participation de l'assurance maladie. La présence d'un temps infirmière est nécessaire. Ce professionnel doit être

⁷¹ MIRAMON JM, Le métier de Directeur, éd ENSP, p219

⁷² PERRETI JM, Ressources Humaines, éd. Vuibert, p58

entouré de personnes, certes moins qualifiées, mais devant être formées à une prise en charge spécifique. Mon choix s'est porté sur des A.M.P. Formé à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et plus particulièrement démentes, ce profil professionnel est adapté à la population admise en accueil de jour. La présence d'un mi-temps d'A.S.H. pour le transport du matin et pour le nettoyage est aussi nécessaire.

Les personnes accueillies ont également la possibilité de bénéficier du personnel de l'E.H.P.A.D. en raison même de la situation et de la disposition des locaux affectés à l'accueil de jour. Cette mutualisation est importante car elle peut venir combler un possible déficit d'encadrement. Mais à terme, ce n'est pas souhaitable, en raison des conséquences de cette pathologie souvent épuisante.

En fonction du nombre de jours d'ouverture : cinq jours et du nombre d'heures d'ouverture : 7H00-20H00 soit 14 heures, j'ai calculé le nombre de personnes nécessaire au bon fonctionnement de l'accueil de jour.

Toutefois, dans un souci de droit au répit aux aidants, la personne âgée sera accueillie à partir de 7 heures le matin et reprise par sa famille jusqu'à 20 heures. Le personnel de l'E.H.P.A.D. en assurera la surveillance.

Cette année, lors des entretiens annuels d'évaluation, des salariés m'ont fait part de certaines difficultés dans la charge de leur travail. J'ai pu déceler une certaine usure professionnelle qui commençait à s'installer notamment chez les A.M.P.

C'est cette fonction d'animation que les A.M.P. de l'E.H.P.A.D. ne peuvent pas assurer, du fait de la dépendance des résidents qui demandent une plus grande intervention sur le soin. Un sentiment de frustration de la part de ces A.M.P. s'est installé.

La mobilité du personnel, quand elle est réalisable, est un facteur intéressant à la disposition du directeur. Aussi, proposer aux A.M.P. d'intégrer l'encadrement des places en accueil de jour leur permettra de s'épanouir dans leur fonction, en assurant les soins de *nursing* et l'accompagnement individualisé de la personne au travers de l'animation.

Le recrutement sur l'E.H.P.A.D. de deux E.T.P. d'A.M.P. diplômées est alors nécessaire. L'arrivée de nouvelles personnes atténuera les tensions qui peuvent parfois exister dans l'équipe.

TYPES DE QUALIFICATION DU PERSONNEL ⁷³	REMUNERATION (charges incluses)
0,20 ETP IDE	10000
2 AMP (70%soins, 30%dépendance)	60658
0.5 A.S.H. (70%hébergement, 30%dépendance)	11052
0.02 médecin coordonateur	1700

⁷³ La répartition du personnel et son coût sont joints en annexe 5

Pour huit personnes, cela fait un ratio d'encadrement de 0.40 ETP. Il est comparable aux autres accueils de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés.

3.2.3.3 Prévoir des vacances pour une prise en charge réussie

A l'heure actuelle, il n'existe qu'une vacation de psychologue pour la prise en charge des difficultés du personnel face à la pénibilité du travail.

Lors d'une précédente expérience en E.H.P.A.D., j'ai rencontré le **psychologue** salarié de l'établissement. Durant plusieurs entretiens avec lui et les résidents, j'ai constaté que son intervention était bénéfique. Il prenait en charge les résidents isolés ou qui ne pouvaient plus communiquer.

Au sein de l'E.H.P.A.D., des résidents sont en situation d'isolement ou en dépression. Aussi, en faisant intervenir un psychologue, les résidents de l'E.H.P.A.D. et les usagers de l'accueil de jour peuvent bénéficier de ce service.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en place de ce service, l'intervention d'un **ergothérapeute** est nécessaire. En effet, les résidents bénéficient de cette vacation, tout comme les usagers de l'accueil de jour et du séjour temporaire. L'ergothérapeute apporte un soutien aux familles en aménageant le domicile pour un retour réussi des bénéficiaires de l'accueil temporaire.

L'intervention d'une orthophoniste est aussi importante. En effet, de nombreuses personnes âgées ne peuvent plus déglutir avec l'âge. De fausses routes sont alors à craindre lors des repas. Aussi, dans le cadre de vacances, l'**orthophoniste** forme le personnel quant aux difficultés des personnes âgées à la parole et à la déglutition. Cela permet aussi de rééduquer certains résidents qui ont des difficultés à parler.

L'ensemble de ces professionnels interviennent une demi-journée par semaine.

3.3 LA DEMARCHE DE PROJET AUTOUR DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement est un document instauré par la loi du 2 janvier 2002⁷⁴. Il définit les principaux objectifs et priorités de l'établissement pour une durée maximale de cinq ans.

⁷⁴ Relative à la rénovation du secteur social et médico social

3.3.1 Mettre en place le projet d'établissement

G. BRAMI a pu écrire que « construire un projet, c'est construire un avenir à plus ou moins long terme »⁷⁵.

Le projet d'établissement est l'articulation du projet de soin, du projet d'animation, du projet hôtelier, ainsi que des optiques financières et budgétaires.

La rédaction du projet d'établissement intègre la création de l'accueil de jour et temporaire.

3.3.1.1 Impliquer l'ensemble des acteurs au projet (famille, usagers, association...)

Le projet d'établissement est comparable à la colonne vertébrale de l'établissement sur laquelle vient se greffer la prise en charge de l'utilisateur.

Jusqu'à mon arrivée, aucun projet n'avait été rédigé. Mon prédécesseur attendait la fin des travaux afin de mettre en place le projet et intégrer les modifications à apporter. Toutefois, il avait budgétisé l'intervention d'un cabinet conseil pour nous aider à mettre en place le projet d'établissement.

Depuis juillet dernier, un cabinet conseil est donc intervenu une première fois.

Un groupe de pilotage a été composé. Il comprend un membre du personnel de chaque catégorie socio-professionnelle (A.S.H., A.S., I.D.E., médecin coordonnateur, l'animatrice, personnel administratif (direction, secrétaire)), un usager, un représentant de l'association. Ce comité permet ainsi à chacun de suivre l'intégralité de la démarche et d'intervenir dans la rédaction du projet si des formulations sont inexactes, incohérentes ou incompréhensibles.

L'intervention de l'ensemble des acteurs dans la prise en charge de la personne âgée est garante de la viabilité du projet. Une rédaction unilatérale du document ne peut aboutir qu'à une application partielle du projet énoncé.

Depuis juillet dernier, deux axes prioritaires ont été dégagés :

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

A chaque étape de la rédaction, une mouture du projet d'établissement est proposée au C.V.S. et au conseil d'administration afin d'apporter des corrections nécessaires.

⁷⁵ G. BRAMI, Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées, éd Berger Levrault, 2000

3.3.1.2 Le projet de vie comme repère et lien entre les acteurs

Le projet d'établissement, la formation continue, l'écoute et l'analyse du quotidien sont des moyens indispensables pour donner le meilleur de nous-mêmes auprès de la personne âgée.

La démarche de projet de vie en institution se fonde avant tout sur la prise en considération de la parole des usagers et l'humanisation du projet. C'est la garantie de droit pour la personne accueillie. En effet, l'organisation est au service de l'intérêt de l'utilisateur et de sa famille.

Les axes de travail sont :

- Environnement adapté (locaux accessibles, parc à disposition)
- Orientation dans le temps et l'espace favorisée (chaque salle est identifiée)
- Service et E.H.P.A.D. implantés à dix minutes à pied du centre ville
- Espaces de vie et de circulation chaleureux, agréables, conviviaux (le résident peut amener des objets personnels pour recréer un milieu de vie connu)
- Qualité hôtelière (commission menus, présentation, heures des repas, respect des régimes)
- Amélioration de la qualité de vie des usagers par le projet d'animation (mise en place d'ateliers facultatifs afin de maintenir les acquis de la personne âgée: atelier mémoire, cuisine, gymnastique douce, esthétisme, lecture, relaxation...)

3.3.1.3 Le projet de soins

Le projet de soins définit les modalités selon lesquelles le personnel paramédical, le médecin coordonnateur et les médecins traitants assurent les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie des résidents. Ce projet est en cohérence avec les orientations de l'E.H.P.A.D

Le projet de soins garantit une prise en charge répondant aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Il précise les modalités de travail en équipe et de coordination des différents intervenants de santé admis au titre du libre choix.

Son élaboration et sa mise en œuvre relèvent de la responsabilité du médecin coordonnateur de l'E.H.P.A.D. qui travaille avec le concours de l'équipe soignante.

L'infirmière coordinatrice est, quant à elle, responsable de la gestion des soins et de l'harmonisation des différents intervenants de l'équipe soignante.

C'est dans le cadre du projet de soins que les conventions de coopération sont intégrées afin d'avoir une continuité dans la prise en charge des personnes âgées.

Les axes de travail pour le mettre en œuvre sont :

- formation du personnel pour une meilleure connaissance de la maladie
- constitution du dossier de soins sous la responsabilité de l'I.D.E. référente (mis en place depuis 2002)
- constitution du dossier médical (mis en place depuis 2004)
- rédaction des procédures de prise en charge (fin de vie, douleur, incontinence, prévention des chutes, des escarres, perte d'autonomie, déshydratation)
- organisation des actes de la vie quotidienne
- maintien des fonctions cognitives par l'organisation d'ateliers tels que la lecture, la gymnastique...
- constitution d'un bilan individualisé lors de réunions mensuelles de l'équipe pour une éventuelle évolution dans la prise en charge
- éducation des soignants sur un comportement approprié à acquérir sur les méthodes de prise en charge.

Tout au long de la rédaction du projet d'établissement, le pré-projet est présenté devant le conseil d'administration et le C.V.S. Une fois validé, il sera transmis aux autorités de contrôle et de tarification : le Conseil Général et la D.D.A.S.S.

3.3.1.4 Le projet personnalisé de l'utilisateur

La loi du 2 janvier 2002⁷⁶ a instauré la mise en place du contrat de séjour. Ce contrat facilite et rend effective la personnalisation de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes accueillies.

Le contrat de séjour⁷⁷ a été mis en place dans l'E.H.P.A.D. en septembre 2005. Un avenant y est annexé. Il permet de personnaliser, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (I.D.E., A.S., A.S.H., médecin coordonnateur, secrétaire), les prestations apportées aux résidents. Nous apportons ainsi une réponse adaptée aux besoins spécifiques de chacun. Il est rédigé au plus tard dans les six mois qui suivent la prise en charge et réévalué tous les ans ou plus si celle-ci évolue.

Pour l'accueil de jour, un document individuel est remis aux usagers. Afin de réaliser de le réaliser dans de bonnes conditions, des moyens sont mis en œuvre:

-lors de la pré-admission, prendre connaissance de l'histoire de la personne âgée afin de mieux la connaître et établir avec elle un contact efficace, personnalisé et adapté.

⁷⁶ Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge fixe le contenu minimal du contrat de séjour

⁷⁷ Le contrat de séjour a été rédigé avec l'ensemble du personnel et validé par le C.V.S. et le Conseil d'Administration

-permettre une information et une éducation des familles: informations sur les différentes aides dont leur proche peut bénéficier, informations d'ordre juridique (existence des mesures de protection juridique), éducation sur les gestes quotidiens à retenir, relation de communication pouvant être menée avec leur proche.

Toutefois, un travail permanent avec l'usager est réalisé comme le précise la circulaire du 16 avril 2002⁷⁸. Il est nécessaire de stimuler les fonctions cognitives, de savoir communiquer avec les personnes désorientées, repérer les modifications comportementales, maintenir et pouvoir restaurer la capacité d'effectuer seules les actes essentiels de la vie, détecter les troubles de l'alimentation.

L'accueil de jour semble pouvoir être considéré comme une poursuite de l'action à domicile, tout en nécessitant des moyens qui s'apparentent beaucoup plus à la vie institutionnelle. La création de places en accueil de jour permet ainsi de personnaliser la prise en charge pour une poursuite du maintien à domicile.

Mais le travail quotidien conduit fréquemment à perdre de vue le projet initial. Aussi, il faut veiller à adapter, à faire évoluer les différents projets dès lors que des éléments nouveaux surviennent dans la prise en charge de la personne âgée.

3.3.2 Ouvrir l'établissement sur l'extérieur

Un des objectifs du projet est d'ouvrir l'E.H.P.A.D. afin d'offrir des prestations adaptées aux usagers en fonction de leurs besoins et attentes.

3.3.2.1 Désinstitutionnaliser et diversifier la prise en charge

Dès 1991, Jean-Claude BOULARD écrivait dans son rapport⁷⁹ que « *la liberté inaliénable des personnes même physiquement diminuées physiquement ou mentalement, de choisir leur lieu de vie et leur manière de vivre, doit être fortement réaffirmée et qu'il apparaît tout à fait utile d'encourager la signature de chartes de qualité d'accueil, rassemblant l'ensemble des conditions offertes aux personnes âgées dans les services de soins à domicile comme dans les hébergements collectifs.* »

Cette diversification de prise en charge s'intègre également dans une volonté associative. En effet, à l'origine du projet, l'association Le Château était désireuse de diversifier le mode de prise en charge des résidents tout en s'appuyant sur les valeurs associatives : « *le but de l'association est d'assurer le maintien dans la maison de retraite.*

⁷⁸ Circulaire DHOS/02/DGS/SS5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n°2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

⁷⁹ BOULARD JC, Vivre ensemble, Rapport Assemblée Nationale, 1991

*Pour réaliser cet objectif, elle veillera au bon fonctionnement de l'établissement ainsi qu'à la réalisation **des aménagements nécessaires à son insertion dans le cadre du secteur médico-social.** »⁸⁰*

C'est cette absence de prise en charge entre le domicile et l'institution sur le bassin gérontologique qui a conduit l'association à me confier ce projet dès ma prise de fonction.

Alors même qu'un accueil de jour participe au maintien à domicile de la personne dans les meilleures conditions possibles, la promotion des modes alternatifs permet d'optimiser l'entrée en établissement.

Depuis la mise en place de ce projet de création, l'association est très présente et soucieuse de l'avancée du projet.

3.3.2.2 Inscrire le service dans une filière gériatrique

Les textes du 26 avril 1999 rendent la constitution de réseaux gérontologiques obligatoire dans le cadre de la convention tripartite.

Pour une prise en charge optimale des bénéficiaires de l'accueil de jour, le travail est réalisé en étroite collaboration avec «une consultation mémoire », une convention est à l'étude. Pour favoriser ce partenariat, une fiche de renseignements est établie au moment de l'admission pour connaître les professionnels s'occupant de la personne accueillie.

Par ailleurs, il est nécessaire d'intégrer cet accueil dans un système coordonné de soins. Aussi, des contacts avec les S.S.I.A.D. et les services d'aide à domicile qui interviennent sur le bassin gérontologique ont été établis en vue de mettre en place une convention de coopération. Je leur ai exposé le projet et cette volonté de créer un véritable suivi entre le domicile et l'accueil de jour. Ce partenariat permet d'avoir une réelle continuité entre le domicile et la prise en charge en accueil de jour ou en séjour temporaire. Pour ce faire, la constitution d'un carnet de liaison individualisé est prévue afin que la famille, le médecin traitant, les intervenants à domicile soient informés à chaque étape de la prise en charge de l'usager. De plus, une fois par trimestre, des temps de rencontre réguliers sont prévus avec ces partenaires et les familles.

Par ailleurs, j'ai pris un premier contact avec l'association France Alzheimer afin de les faire intervenir au sein de l'E.H.P.A.D. Ces interventions permettent aux familles accompagnantes d'avoir des temps d'échange, de partager leurs préoccupations quotidiennes avec des professionnels, d'avoir des réponses à leurs difficultés et leurs questionnements.

⁸⁰ Article 2 des nouveaux statuts de l'Association le Château approuvés le 12 septembre 200

3.3.2.3 Intégrer le projet dans la prochaine négociation de la convention tripartite

Lors de la précédente convention tripartite, mon prédécesseur avait déjà demandé la création de places en accueil de jour.

Aujourd'hui, après avoir réalisé une étude des besoins avec le C.L.I.C. Trait d'Union, et un bilan sur le fonctionnement de la structure, une demande croissante et clairement exprimée d'hébergement temporaire et d'accueil de jour est apparue.

Les politiques publiques vont dans ce même sens⁸¹ : promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées, tout en offrant un droit au répit aux aidants.

En décembre dernier, le Conseil Général de l'Hérault a organisé une réunion portant sur la création de places en accueil de jour. A un an du nouveau schéma gérontologique, le financeur veut confronter les expériences, les projets et les interrogations des Directeurs face à cette problématique.

Le projet est soutenu par les élus locaux et plus particulièrement par le Conseiller Général du Canton de Ganges. En effet, la population du bassin tend à vieillir sans prise en charge autre que l'institution.

3.3.3 Se positionner dans une véritable démarche d'évaluation de projet

3.3.3.1 Le but et le mode d'évaluation

La loi du 2 janvier 2002 a rendu obligatoire l'évaluation interne et externe «de l'activité et de la qualité des prestations des établissements et services médico-sociaux ». Les résultats de l'évaluation interne doivent être communiqués tous les cinq ans aux autorités ayant délivré l'autorisation. L'évaluation externe est réalisée par des organismes habilités sur avis du conseil national de l'évaluation selon une méthodologie qu'il a validée.

Les résultats sont transmis aux autorités ayant délivré l'autorisation.

Ce dispositif s'est surajouté à celui de 1999, centré sur les conventions tripartites.

L'évaluation est nécessaire afin d'améliorer la qualité du service, d'optimiser l'utilisation des moyens et d'ajuster régulièrement le projet aux besoins.

3.3.3.2 Les outils d'évaluation à la disposition du directeur

Différents outils sont mis à la disposition du Directeur qui souhaite conduire une évaluation des actions mises en œuvre. Toute la difficulté réside dans le choix de ces instruments d'évaluation car chaque situation est singulière et nécessite un ou plusieurs outils adaptés. J'ai donc utilisé les outils traditionnels déjà exploités dans le médico-social.

⁸¹ Cf. Plan Solidarité Grand Age de Ph. BAS

3.3.3.2.1 *L'évaluation des usagers*

L'outil utilisé pour évaluer l'utilisateur est la grille A.G.G.I.R.

Cette évaluation permet alors de faire évoluer dans un premier temps, le projet personnalisé du résident en fonction de ses besoins et de ses attentes. Puis, dans un second temps, elle permet d'influer le projet d'établissement et de s'assurer que les nécessités du public accueilli sont toujours en adéquation avec les ambitions de l'association Le Château. Un écart significatif entre le public ciblé au sein du projet d'établissement et l'état physique et intellectuel des personnes accueillies doit être analysé. Des rectifications sont alors nécessaires afin de réduire cet écart et de répondre aux attentes des populations concernées.

3.3.3.2.2 *L'évaluation de l'institution*

Le référentiel ANGELIQUE est un outil d'auto-évaluation qui permet au Directeur de réaliser un diagnostic de l'ensemble de l'établissement. Il permet de dégager les points forts et les points faibles et de préciser les améliorations en matière de qualité.

Mon prédécesseur avait réalisé une évaluation interne lors de la signature de la convention tripartite en 2004.

Quant à l'évaluation du projet, le suivi de l'activité sera établi au moyen d'une fiche de présence sur laquelle seront mentionnés le jour, le nom de la personne. Puis, je comptabiliserai sur le mois pour établir des statistiques de taux d'occupation. L'A.M.P. de service remettra cette fiche au secrétariat tous les jours (dans la boîte aux lettres le week-end). Pour chaque personne accueillie, un tableau récapitulatif sur sa présence sera établi par la secrétaire. Afin d'améliorer le service à la personne et en fonction du taux d'occupation constaté, une analyse sera effectuée sur :

- les modalités de communication faites de l'accueil de jour
- les horaires d'ouverture de l'accueil de jour.
- les jours d'ouverture avec la possibilité d'ouvrir le week-end.
- les activités proposées aux personnes : sont-elles adaptées ?

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

Chaque année, un questionnaire de satisfaction portant sur les activités, l'organisation des locaux, l'application des droits des usagers, l'accueil, la cuisine...est remis aux résidents ou, selon son état de dépendance, envoyé aux familles. Le retour est assez satisfaisant. Il nous permet tous les ans d'évoluer sur certains points.

L'année prochaine, des items sur l'accueil de jour et temporaire seront intégrés afin de faire progresser la qualité du service. Ce questionnaire sera à destination des usagers, des familles, du C.L.I.C., des personnes intervenant sur l'accueil. En effet, le recueil spécifique des avis de chacun des acteurs, est pertinent car ils ne perçoivent pas la vie au sein de l'institution de la même façon. Ils portent un regard différent sur les pratiques et la prise en charge qui en découle. Les préoccupations varient en fonction de la place occupée.

Les conclusions issues de cette enquête permettront de dégager les points forts de l'accueil de jour et de trouver des solutions aux points faibles. Ces résultats seront complétés des réponses apportées aux réclamations faites durant l'année et aux fiches d'anomalies rédigées par le personnel.

3.3.3.2.3 *Retours en groupe de parole*

Côté usager, je le conçois à la fois comme :

- un instrument de lutte contre le déclin du sujet âgé en favorisant l'expression
- un élément de mesure informel du niveau de satisfaction des usagers qui donnent plus facilement leur avis. L'absence de formalisme est de nature à favoriser l'authenticité et la spontanéité.

Côté personnel, des réunions mensuelles de l'équipe de l'accueil de jour avec l'équipe de l'E.H.P.A.D. permettront d'échanger sur la prise en charge de l'utilisateur et un thème établi par l'équipe.

3.3.3.3 Les résultats des évaluations

Compte tenu des délais de mise en œuvre du projet et des différentes actions, et en l'absence de recul suffisant, il s'agit, dans un premier temps, de formuler des remarques plutôt que de livrer les résultats d'une véritable évaluation.

Mais dès que j'ai à ma disposition ces résultats, ils sont transmis au conseil d'administration, au C.V.S., aux familles et affichés au sein de l'établissement.

Ensuite, une réunion pluridisciplinaire est menée afin d'apporter les actions correctives qui s'avèrent nécessaires.

Ainsi, l'offre de service évolue pour s'adapter aux attentes et aux besoins des usagers. Alors, je peux percevoir si les familles ont bénéficié d'un véritable droit au répit dans la prise en charge de leur proche.

CONCLUSION

Au terme de ce mémoire, on peut mesurer toute la difficulté de prendre en charge les personnes âgées dépendantes en institution et le challenge que peut constituer la mise en place d'une diversification de l'accueil.

En effet, l'accueil de jour se doit de répondre à la fois aux besoins de personnes âgées vivant à domicile, souffrant de démence et le droit au répit proposé aux aidants.

La vie au domicile doit rester un objectif prioritaire tant qu'il correspond réellement au désir et à la sécurité de la personne âgée. Mais cet objectif n'est viable que si nous voulons réellement offrir un véritable choix de vie à la personne âgée en lui proposant des prestations adaptées à ses besoins.

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés nécessitent une prise en charge médico-psycho-sociale spécifique du patient et de l'aidant.

Le projet garantit les qualités de bon fonctionnement et de satisfaction pour l'ensemble des personnes concernées (usagers, familles, institution, financeur). C'est un projet nécessitant un personnel qualifié, avec un coût adapté incluant le transport.

Cette volonté d'adapter les prestations de l'E.H.P.A.D. aux évolutions de la société a contribué à élargir les compétences de l'établissement afin de s'ouvrir sur l'extérieur.

Le directeur doit être porteur d'orientations nouvelles pour l'avenir de l'établissement qu'il dirige.

Il doit savoir mobiliser le personnel de sa structure autour d'un projet afin que celui-ci devienne collectif.

L'ouverture de l'établissement, la dynamique induite par la mise en œuvre du projet me semblent être des avancées stratégiques, dans son adaptation aux besoins des usagers.

Cet élan bénéficie également à la gestion et à la valorisation du personnel dans un secteur encore peu reconnu.

Cette création ouvre des perspectives nouvelles en terme d'accompagnement des personnes âgées du bassin gérontologique qui deviennent de plus en plus dépendantes car vieillissantes.

Ainsi, l'évolution démographique, l'accroissement du nombre de personnes âgées atteintes de démence, l'avancée des politiques publiques, imposent et imposeront encore au directeur d'E.H.P.A.D., de prendre en compte l'ensemble de ces données afin de proposer un accompagnement de qualité et d'anticiper les changements à venir.

Par ce projet, l'association « le Château » poursuit sa mission essentielle qui est de contribuer au développement des valeurs humaines fondamentales et plus particulièrement la solidarité avec les personnes âgées.

Bibliographie

ARTICLES :

- . FERNET L., ALZHEIMER : les premières réponses, La gazette santé sociale, n°11, septembre 2005, p 20-32
- . HELFTER C., Accueil temporaire des personnes handicapées et âgées, changer de logique, A.S.H. n°2382, 19 novembre 2004, p 21-22
- . ROUFF K., Accueil temporaire : le droit au répit pour les aidants familiaux, le lien social n°830, 1^{er} mars 2007, p 8-14
- . VIGAN E., Accueil de jour : Comment surmonter les obstacles, Le journal de l'action sociale, septembre 2006, p 22-23

OUVRAGES :

- . AGAESSE M., Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées, éd. DUNOD, 2004
- . AMYOT JJ., Développer la coordination gérontologique, éd. DUNOD, janvier 2006
- . AMYOT JJ., MOLLIER A., Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, éd. DUNOD, 2007
- . ARGOUD D., GUISSSET MJ., VILLEZ A., L'accueil temporaire des personnes âgées, éd. SYROS, 1994
- . BAUDURET J.F., JAEGER M., Rénover l'action sociale et médico sociale, éd. DUNOD, juin 2005
- . BRAMI G., La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, éd. Berger Levrault, 1997
- . BRAMI G., Le nouveau fonctionnement des EHPAD, éd. Etudes hospitalières, 2004
- . BRAMI G., Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées, Théorie et pratique, éd Berger Levrault
- . COLVEZ A., JOEL ME., MISCHLICH D., La maladie d'Alzheimer, quelle place pour les aidants?, éd. MASSON, novembre 2002
- . GUY M., Histoire du monastère Saint Dominique, éd IMB, mai 2005
- . JAEGER M., Guide du secteur social et médico-social, éd. DUNOD, février 2007
- . LEFEVRE P., Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, éd. DUNOD, 2006
- . LHUILLIER JM., Le droit des usagers, éd. ENSP, 2004
- . LOUBAT JR., Elaborer son projet d'établissement social et médico social, éd. DUNOD, 1997

- MIRAMON JM, COUET D., PATURET JB, Le métier de directeur, techniques et fictions, ed ENSP, avril 2005
- PERETTI JM, Ressources humaines et gestion des personnes, éd. VUIBERT, 2004-2005
- VILLEZ A., Adapter les établissements pour personnes âgées, DUNOD, janvier 2005

PUBLICATIONS :

- BAS Ph., Plan solidarité grand âge, 27 juin 2006
- L'accueil de jour, Documents CLEIRPPA, Cahier n°1, Janvier 2001
- L'accueil temporaire, Documents CLEIRPPA, Cahier n°5, Janvier 2002
- Création d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Guide pratique, FNADEPA, 2001
- Ministère délégué aux personnes âgées, Mémento Alzheimer, juillet 2004
- Ministère de la solidarité, de la famille et de la santé, Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

RAPPORTS:

- GUINCHARD P., Rapport parlementaire sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, 17 mai 2006
- LAROQUE P. Rapport de la Commission d'étude sur les problèmes de la vieillesse. Paris: la documentation française, 1962.
- TERASSE P., Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie , Rapport parlementaire, 4 avril 2001

ETUDES :

- DUTHEIL N., Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, locaux et équipements, DREES, n°380, mars 2005
- DUTHEIL N., Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, DRESS, n°494, n°494
- TUGORES F., La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, DRESS, n°485, avril 2006

SITES INTERNET :

- <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/index.htm>
- <http://www.personnes-agees.gouv.fr/>
- <http://www.senat.fr/>

Liste des annexes

*ANNEXE 1 : FICHE RECAPITULATIVE AGGIR*_____ *I*

*ANNEXE 2 : CARTE DU BASSIN GERONTOLOGIQUE DE GANGES*_____ *II*

*ANNEXE 3: ETUDE DU PROJET EN COLLABORATION AVEC LE CLIC TRAIT
D'UNION*_____ *III*

*ANNEXE 4 : NOUVEL ORGANIGRAMME DE L'E.H.P.A.D./ACCUEIL DE JOUR*___ *VI*

*ANNEXE 5 : BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACCUEIL DE JOUR*_____ *VII*

ANNEXE 1 : FICHE RECAPITULATIVE AGGIR

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Correctement		Code final	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
		S	T	C	H	Code	Code final			
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]	<p style="text-align: center; color: blue;">Codage intermédiaire</p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si aucun adverbe n'est coché codez A. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) ▪ Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) ▪ Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B. <p style="text-align: center; color: red;">Codefinal si sous-variables</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Orientation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Toilette : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B ▪ Habillage : <ul style="list-style-type: none"> - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. ▪ Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B ▪ Élimination : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B <div style="border: 1px solid black; background-color: #f8d7da; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Groupe iso-ressources</p> <p style="margin: 0;">Défini par le système informatique <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> </div>	
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
7. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[]		

ANNEXE 2 : CARTE DU BASSIN GERONTOLOGIQUE DE GANGES



ANNEXE 3 : ETUDE DU PROJET EN COLLABORATION AVEC LE CLIC TRAIT D'UNION

Questionnaire distribué aux familles des résidents et par la C.L.I.C auprès des usagers.

Maison de retraite les Dominicaines

Avenue de la Gare

34190 GANGES

☎ 04 67 73 57 99

Ganges le 2 novembre 2006

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de son projet de création de places en accueil de jour et en séjour temporaire, l'E.H.P.A.D. les Dominicaines souhaite créer 8 places en accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés et 2 places en séjour temporaire.

C'est à ce titre que je me permets de vous solliciter.

Si vous êtes d'accord, je vous demande de bien vouloir remplir et me renvoyer le questionnaire ci-joint.

Vous remerciant par avance de l'attention particulière que vous porterez à ma requête, je vous prie de bien vouloir recevoir Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Delphine MOLIERES

Stagiaire CAFDES

ACCUEIL DE JOUR

- Lieu du domicile de votre proche?

- Votre proche, bénéficie-t-il de l'APA à domicile?
Oui Non
- Votre proche, bénéficie-t-il d'un aidant à domicile?
Oui Non
- **Si oui** quelle est la nature du lien entre votre proche et l'aidant?
Familial
Professionnel (aide à domicile)
Autre, Précisez _____
- Votre proche, bénéficie-t-il d'un portage de repas à domicile?
Oui Non
 - Votre proche bénéficie-t il de soins infirmiers à domicile?
Oui Non
 - Estimez-vous que la maladie de votre proche est un facteur de désocialisation pour lui et pour vous ?
Oui Non
 - Pensez-vous que l'accueil de jour facilitera ou est une bonne transition à l'accueil en institution de votre parent ou de votre conjoint ?
Oui Non
- Connaissez-vous la formule accueil de jour?
Oui Non

Définition de l'accueil de jour:

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

- Si cette formule existait sur Ganges inscrieriez- vous votre proche?
Oui Non
- **Si oui** combien de journée(s) ou ½ journée(s) par semaine, votre proche bénéficierait-il de cet accueil?
_____ ½ journée
_____ journée(s)

- **Si oui** comment votre proche rejoindrait-il l'accueil de jour ?
 - Propre moyen
 - Transport de la structure
- **Si oui** quelles sont vos attentes d'un accueil de jour (animations particulières...)?

ACCUEIL TEMPORAIRE

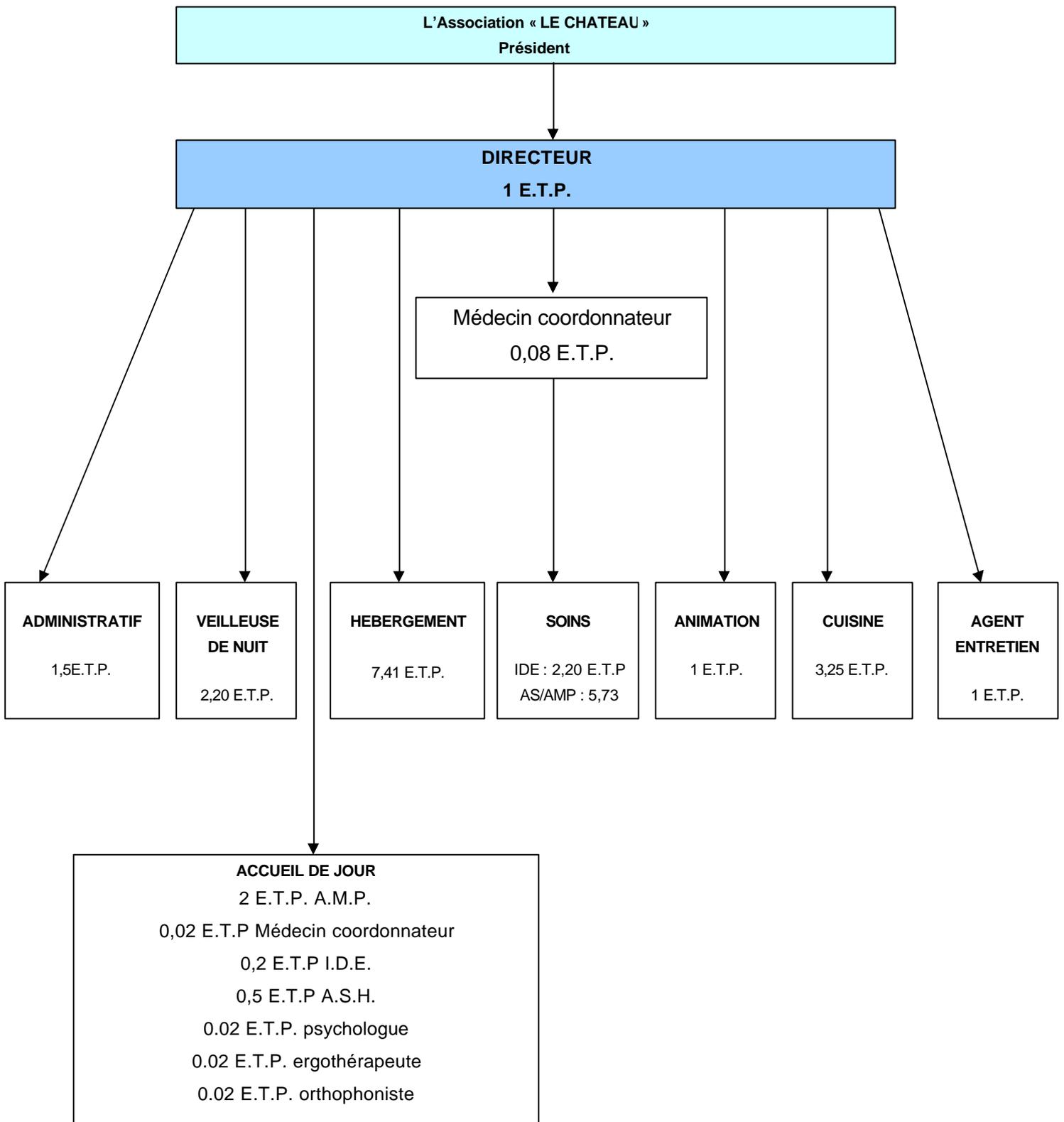
- Connaissez-vous la formule d'accueil temporaire?
 - Oui Non

Définition de l'accueil temporaire

L'hébergement temporaire est une formule d'hébergement limitée dans le temps, qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis : isolement, absence des aidants notamment départ en vacances de la famille, travaux dans le logement, hospitalisation du conjoint ou de l'aidant...

- Êtes-vous intéressé par un accueil de temporaire de votre proche ?
 - Oui Non
- **Si oui** combien de fois?
 - ___ fois par an (par exemple départ programmé des aidants pour des vacances)
 - occasionnellement (hospitalisation de l'aidant par exemple)
- Avez-vous des attentes particulières par rapport à un accueil temporaire?

ANNEXE 4 : NOUVEL ORGANIGRAMME DE L'E.H.P.A.D./ACCUEIL DE JOUR



ANNEXE 5 : BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACCUEIL DE JOUR

N° compte	INTITULE	Hébergement	Dépendance	Soins	TOTAL
602	Achat stockés et autres approvisionnements	12580			12580
6021	Produits pharmaceutiques et à usage médical			0	
6025	Fourniture hôtelière sauf 60256				
60256	Couches, alèses et produits absorbants		500		500
606	Achat non stockés fournitures	3000			3000
60622	Produit d'entretien, fournitures administratives, fournitures d'animation	1500	150		1650
606	Entretien tenue personnel	200			200
6066	Achat stockés fournitures médicales			150	150
61	Services extérieurs				
6111	Prestation à caractère médical		540		540
6112	Prestation à caractère médico social			1022	1022
61551	Entretien réparation matériel médical				
61681	Assurance maladie, maternité, accident du travail				
62	Autres services extérieurs				
621	Personnel intérimaire				
6281	Blanchissage à l'extérieur	760	240		1000
6283	Nettoyage à l'extérieur				
631,633,64	Charges de personnel	8550	17901	63308	89759
635,637	Autres impôts, taxes versements assimilées	1000			1000
6442	Transport usagers	7488			7488
65	Autres charges de gestion courante				
67	Charges exceptionnelles				
66	Charges financières				
68	Dotations amortissement et prov Hébergement	184			184
68	Dotations amortissement et prov Dépendance		128		128
68	Dotations amortissement et prov Soins			615	615
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION		35262	19459	65095	119816

BUDGET TRANSPORT

N° compte	INTITULE	Hébergement	Dépendance	Soins	TOTAL
631	Charge de personnel	2662	1895	3653	8210
6442	Transport usager	7488			7488
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION		10150	1895	3653	15698