



**ACCOMPAGNER LA SINGULARITÉ DES PERSONNES ÂGÉES  
DÉSORIENTÉES ET LEUR FAMILLE EN CRÉANT UN PÔLE  
DÉDIÉ SUR UN TERRITOIRE**

**Sylvie GILLET-PERCOT**

**2009**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Remerciements à Monsieur Didier GUERIN, directeur des Foyers d'Accueil Médicalisé « Le Chardon Bleu » et « Le Chardon Blanc » pour m'avoir accompagné dans l'apprentissage de la fonction de direction et permis de m'interroger sur ma conception de celle-ci.

Remerciements à l'association « Le Chardon Bleu » pour m'avoir fait confiance dans la mission donnée. La collaboration de l'ensemble des membres du Conseil d'Administration, et, plus particulièrement du Docteur Dominique LECAMP m'a été précieuse.

Une pensée toute particulière à Madame Jacqueline HALGAND, Présidente de l'association « Le Chardon Bleu » dont j'admire la force d'engagement et la volonté à défendre les droits des personnes fragiles.

Remerciements à l'IRTS, plus particulièrement, à Claude et Viviane pour leur soutien tout au long de cette formation.

Remerciement à ma famille pour ses encouragements et plus particulièrement à mon mari pour l'aide logistique familiale et pour la patience dont il a fait preuve.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 La nécessité d'accompagner la singularité de la personne âgée désorientée et de sa famille</b> .....	<b>4</b>
1.1 « Une épidémie silencieuse, véritable pandémie du XXI <sup>e</sup> siècle » : Incidences et prévalences au niveau national, régional, départemental et local.....	4
1.1.1 <i>Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : l'avancée en âge, facteur de risque de développement d'un certain nombre de troubles</i> .....	6
1.1.2 <i>Les aidants familiaux : L'implication des familles dans l'accompagnement de leur proche atteint de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</i> .....	7
1.1.3 <i>Les établissements d'hébergement permanent: La difficulté à faire cohabiter des personnes ayant des troubles cognitifs avec les autres résidents</i> .....	9
1.1.4 <i>Les structures d'hébergement temporaire et d'Accueil De Jour : Rompre la solitude, favoriser le maintien à domicile et le répit des aidants familiaux</i> .....	11
1.2 Définition d'un territoire d'intervention : répondre à un besoin authentifié, s'intégrer dans les schémas départementaux et s'inscrire dans le respect des préconisations des politiques publiques .....	12
1.2.1 <i>Le territoire de référence</i> .....	13
1.3 Diversité et complexité des besoins de la personne malade et de l'aidant familial : « Comprendre pour mieux agir et mieux agir pour comprendre » .....	16
1.3.1 « <i>Les signes d'une maladie complexe</i> » .....	16
1.3.2 <i>Identification des besoins liés la nécessité d'existence d'une consultation médicale spécialisée : effectuer un diagnostic précoce pour intégrer une filière de soins, instaurer un traitement, accéder aux conseils et organiser un projet d'accompagnement</i> .....	18

1.3.3	<i>Identification des besoins des aidants familiaux et de la nécessité de services spécifiques (service d'aide aux aidants, accueil de jour, hébergement temporaire) pour les accompagner : « On ne naît pas aidant, on le devient, sans avoir été préparé à ce rôle et sans avoir pu en faire le choix »</i> .....	18
1.3.4	<i>Identification des besoins des personnes relevant de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire : retrouver une vie sociale et préserver l'autonomie nécessaire au maintien de la vie à domicile.</i> .....	22
1.3.5	<i>Identification des besoins des personnes relevant de l'hébergement permanent : une rupture avec le mode de vie antérieur qui doit se faire dans le respect de l'identité et de la singularité de la personne</i> .....	24
<b>2</b>	<b>Des préconisations et des réponses législatives et politiques : une volonté de s'inscrire dans une réflexion éthique des modes d'accueil et des approches d'accompagnement</b> .....	<b>27</b>
2.1	Les préconisations législatives et politiques .....	27
2.1.1	<i>Améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soin</i> .....	27
2.1.2	<i>Améliorer la qualité de vie des personnes accueillies en établissement</i> .....	28
2.1.3	<i>Soutenir les aidants familiaux</i> .....	31
2.1.4	<i>Maîtriser les coûts à la charge des personnes malades</i> .....	34
2.2	Une réflexion éthique sur les modes d'accueil et d'accompagnement. ....	35
2.2.1	<i>Questionnement autour de l'intégration-ségrégation</i> .....	35
2.2.2	<i>Question « Clé » : comment concilier sécurité et liberté ?</i> .....	37
2.2.3	<i>La diversité des modes d'accompagnement</i> .....	41
<b>3</b>	<b>Projet de création d'un espace dédié à l'accueil de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et leur famille</b> .....	<b>48</b>
3.1	Définition d'objectifs et de moyens ancrés dans la philosophie, les valeurs et la déontologie de l'association « Le Chardon bleu » .....	48
3.2	Un diagnostic qui permette à « chacun, de mesurer les changements vécus et futurs, de mieux vivre le présent et d'envisager l'avenir » .....	50

3.2.1	<i>Notre consultation médicale spécialisée : porte d'entrée pour continuer à vivre malgré la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</i> .....	50
3.2.2	<i>Un principe fondamental : le partenariat</i> .....	51
3.3	Des espaces de répit et de paroles pour la famille qui permettent la continuité du lien affectif et le soulagement de la souffrance .....	54
3.3.1	<i>Notre service de soutien aux aidants : un espace de paroles, de rencontres, d'information pour faire le point, partager, s'identifier et mieux comprendre</i> .....	55
3.3.2	<i>Un hébergement temporaire et un accueil de jour pour s'accorder le droit de souffler</i> .....	55
3.4	Un projet d'établissement qui promeut la meilleure qualité de vie possible aux personnes accueillies .....	56
3.4.1	<i>Accueillir la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée quelle que soit l'avancée de sa maladie</i> .....	57
3.4.2	<i>Un projet de vie qui permette la reconstruction d'un « chez soi »</i> .....	58
3.4.3	<i>Un projet de soins qui respecte l'identité de la personne accueillie et qui est porteur de sens</i> .....	62
3.4.4	<i>Un projet social qui repose sur l'implication de l'ensemble du personnel</i> .....	66
3.4.5	<i>Un projet architectural qui tient une place prépondérante en tant que support du projet de vie</i> .....	70
3.5	Un financement qui s'efforce de minorer les coûts restant à la charge de la personne accueillie ou de sa famille .....	72
3.5.1	<i>Une capacité d'accueil qui permet le respect de la singularité de la personne accueillie et de sa famille</i> .....	73
3.5.2	<i>La volonté de s'inscrire dans une recherche de pluri financements et de mutualisation des moyens entre les trois établissements</i> .....	73

<b>Conclusion</b> .....	<b>77</b>
-------------------------	-----------

<b>Bibliographie</b> .....	<b>79</b>
----------------------------	-----------

<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>
--------------------------------	----------

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ADAR** : Aide à Domicile en Activités Regroupées

**ADT** : Aide à Domicile pour Tous

**AGAD** : Association de Garde À Domicile

**AMP** : Aide Médico Psychologique

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

**ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux.

**APA** : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

**APAMA** : Aides aux Personnes Atteintes par la Maladie d'Alzheimer

**ASH** : Agent de Service Hospitalier

**CANTOU** : Centre d'Animation Tirée d'Occupations Utiles

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

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

**CMRR** : Centre Mémoire de Ressources et de Recherches

**CNSA** : Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie

**CRAM** : Caisse Régionale d'Assurances Maladie

**CROSMS** : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale

**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

**DOMINIC** : Dotation Minimale de Convergence

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**ETP** : Équivalent Temps Plein

**GIR** : Groupe Iso Ressources

**GMP** : GIR Moyen Pondéré

**HAD** : Hospitalisation À Domicile

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Economiques.

**MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

**PAQUID** : Personnes Âgées QUID

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

**PLS** : Prêt Locatif Social

**PRIAC** : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

**RESPAVIE** : Réseau de soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie

**SEMITAN** : Société d'Economie Mixte des Transports de l'Agglomération Nantaise

**SROS** : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

**TMO** : Territoires Marchés Opinion

**UHR** : Unité de Soins Renforcée

## Introduction

Vieillir n'est pas une maladie. Pourtant, l'avancée en âge est souvent liée à l'apparition d'un certain nombre de troubles qui peuvent, un jour, porter un nom : Maladie d'ALZHEIMER.

La France doit faire face au développement de cette « épidémie silencieuse, véritable pandémie du XXI<sup>e</sup> siècle »<sup>1</sup>.

Comment prendre soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées? De quelle façon et avec quels moyens ? Créer des lieux d'accompagnement et de soins spécialisés ou, au contraire, favoriser un accueil particulier dans les établissements existants ? Comment aider ceux qui entourent et soutiennent leur parent affecté par la maladie ?

Le Plan Solidarité Grand Âge, le rapport du Professeur Joël MÉNARD suivi du Plan Alzheimer 2008-2012 se sont penchés sur ces questions. Toutes les préconisations mettent la personne malade au cœur de l'action. Elles prônent le respect de sa singularité et recommandent mobilisation et créativité pour répondre aux spécificités de son accompagnement. Elles prennent en compte l'investissement, la souffrance et l'épuisement des aidants.

L'Association « Le Chardon Bleu » située à La Chapelle Sur Erdre, commune de Loire-Atlantique, m'a accueillie comme directrice stagiaire. Créée en 1980, l'association s'est consacrée, jusqu'à ce jour, à l'accueil et à l'hébergement de personnes adultes souffrant d'un handicap mental et à tendances psychotiques. Elle ouvre son premier établissement, « Le Chardon Bleu » en 1990 et pour, répondre aux problématiques posées par le vieillissement précoce de certains de ses résidents en ouvre un second, « Le Chardon Blanc » en 2001 dédié à l'hébergement de personnes handicapées âgées de 45 ans et plus. Entre 2006 et 2007, les administrateurs, prenant en compte l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes atteintes de troubles mentaux liés au vieillissement, s'interrogent sur les services dont ces personnes auraient besoin et décident l'extension de leur activité vers ce public.

---

<sup>1</sup> FIOR S., LALLEMAND D., 2001, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer. L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir*, Fondation Mederic Alzheimer, Paris, p. 13.



L'association, m'a confié la mission d'analyser la pertinence et la faisabilité d'un projet de création, sur cette commune, d'une structure dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Celle-ci s'inscrivant, également, dans une réponse aux besoins de soulagement et d'information des aidants familiaux.

Cette création doit répondre à un besoin du territoire, s'inscrire dans le schéma gérontologique départemental et les priorités du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), s'intégrer dans un lieu déjà investi et permettre une rénovation puis une mutualisation de moyens matériels et logistiques entre les établissements.

Ce travail s'est appuyé sur une recherche bibliographique, préalable nécessaire, pour maîtriser les aspects théoriques (définition, épidémiologie, besoins spécifiques et modes d'accompagnement) et donner à mon rôle de future directrice toute la crédibilité nécessaire auprès des usagers accueillis et des équipes à diriger. La recherche s'est avérée très riche puisqu'un certain nombre d'ouvrages et de revues se sont penchés, récemment, sur la question et permettent le croisement de différentes idées et opinions. Elle s'est prolongée par la rencontre de différents acteurs de terrain (établissements, associations, instances administratives départementales...) et la réalisation de deux stages au sein d'une Unité Spécifique Alzheimer d'une maison de retraite nantaise et d'un Accueil de Jour pour personnes âgées désorientées adossé à celle-ci.

L'étude de besoins et la faisabilité du projet ont généré la rencontre des partenaires existants sur le territoire, le croisement des données démographiques avec les préconisations départementales en matière d'accompagnement des personnes âgées désorientées et des calculs projectifs puisque les données chiffrées sont plutôt floues et s'appuient sur des études nationales.

Dans un premier temps, en tant que future directrice de ce pôle, je me suis attachée à démontrer la spécificité des besoins des personnes âgées désorientées et de leur famille. L'analyse des réponses politiques, règlementaires, théoriques et de terrain viennent étayer l'élaboration de notre projet et déterminer nos choix d'accompagnement. Dans un deuxième temps, je vous propose de prendre connaissance de notre<sup>2</sup> projet au travers de la définition du projet de vie de la personne accueillie et de sa famille. Celui-ci est favorisé par un projet architectural au service d'un accompagnement spécialisé et personnalisé, un pré-projet d'établissement inscrit dans une logique de réseau et porté par un personnel formé et en nombre suffisant.

---

<sup>2</sup> Tout au long de ce mémoire, l'emploi du « nous » sera privilégié pour donner toute sa dimension au travail de coopération qui s'est effectué entre le Conseil d'Administration et la Direction.

Notre projet se définit comme pôle dédié, par la diversité de ses propositions d'accueil et d'hébergement (permanent, temporaire et de jour) et de services connexes (consultation médicale spécialisée et service de soutien aux aidants familiaux) réunis dans une même entité. Il doit permettre d'éviter les ruptures de prises en charge entre domicile et entrée en institution.

Il s'appuie sur LE PRENDRE SOIN et fait sienne cette définition de l'accompagnement : « Accompagner, c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va, c'est se mettre en mouvement, c'est aussi accepter de se transformer, d'être transformé, d'être travaillé au plus profond de soi. C'est accepter que la faiblesse nourrisse la force, que le non-sens prenne sens... ».<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : pistes de réflexion et d'action*, préface de Bruno ANGLES D'AURIAC, Paris, p. 7.

# **1 La nécessité d'accompagner la singularité de la personne âgée désorientée et de sa famille**

« Une personne touchée par la maladie d'Alzheimer est égarée. Perdue dans un pays étranger dont la langue lui est inconnue, elle vit à jamais dans un monde coupé du réel. Sa famille se trouve alors confrontée à la déchirante nécessité de faire peu à peu le deuil d'un vivant dont l'esprit a déserté le corps.

La cohésion familiale risque alors d'être mise à l'épreuve. Ces premiers aidants que sont les proches s'investissent souvent au péril de leur équilibre social et familial. Et c'est alors qu'entre exclusion et culpabilité se dessine un espace de souffrance, un appel au secours ».<sup>4</sup>

Le nombre grandissant de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, ne doit pas induire, par facilité, impuissance ou raison économique, un accompagnement qui se voudrait global et généralisé mais plutôt, permettre une réflexion sur sa diversité et sa spécificité liées aux atteintes que la maladie porte à la personnalité et aux trajectoires toutes singulières des personnes malades et de leur famille.

## **1.1 « Une épidémie silencieuse, véritable pandémie du XXI<sup>e</sup> siècle »<sup>5</sup> : Incidences et prévalences au niveau national, régional, départemental et local<sup>6</sup>**

Les pays développés sont actuellement confrontés à un vieillissement des populations sous l'effet conjugué de l'allongement de la durée de la vie et de la baisse de la natalité. L'âge étant un facteur prédisposant à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, l'augmentation du nombre de cas pourrait suivre le même rythme que celle de la population âgée.

Ces maladies engendrent, à terme, une dépendance physique et intellectuelle majeure qui retentit sur la vie sociale du malade et de son entourage. C'est la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et d'entrée en institution.

---

<sup>4</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2001, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : l'aide aux aidants en France, identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 7.

<sup>5</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2001, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : l'aide aux aidants en France, identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 13.

<sup>6</sup> Voir l'étude de population, annexe 1 et l'étude de l'existant sanitaire et médico social, annexe 2.

L'analyse des besoins quantitatifs et qualitatifs se décline de la même façon sur l'ensemble du territoire français. La Loire-Atlantique, le territoire visé par notre projet et la Chapelle sur Erdre, commune d'implantation de notre projet n'échappent pas à un constat de progression du nombre de personnes atteintes de la maladie et à l'expression d'une souffrance partagée et dévastatrice de la part de celles-ci et de leur famille.

En France, le programme de recherche Personnes Agées QUID (PAQUID) est la seule enquête d'envergure permettant une projection sur la prévalence de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Selon cette étude, 55,4 % des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) présentent une maladie d'Alzheimer et 16,9 % une autre démence. Elle permet de définir, ainsi, une prévalence au niveau national, régional, départemental et local qui se décline dans le tableau ci-dessous :

<b>Échelle géographique</b>	<b>Nombre de bénéficiaires APA</b>	<b>Nombre estimé de malades d'Alzheimer</b> (55,4 % du nombre de bénéficiaires APA)	<b>Nombre estimé de malades autres démences</b> (16,9 % du nombre de bénéficiaires APA)	<b>Total du nombre de personnes atteintes de démence.</b>
France	1 078 000	597 212	182 182	779 394
Pays de Loire	49 871	27 628	8 429	36 057
Loire-Atlantique	16 710	9 258	2 824	12 082
Territoire visé	2 927	1 621	495	2 116
La Chapelle sur Erdre	214	118	36	154

Des chiffres, de l'avis général, sous estimés puisque basés sur le nombre de demandes d'APA et que celles-ci ne font pas mention de la pathologie diagnostiquée.

Les centres de consultation mémoire sont les seuls à pouvoir poser un diagnostic sûr de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées mais leur nombre et leur fréquentation sont insuffisants pour donner des réponses exhaustives en matière de statistiques.

Selon des données récentes<sup>7</sup>, en France, 17,8 % des personnes âgées de 75 ans et plus seraient atteintes de démence, dont environ 80 % de maladie d'Alzheimer. Le nombre de nouveaux cas par an (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) est estimé à 165 000.

### **1.1.1 Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : l'avancée en âge, facteur de risque de développement d'un certain nombre de troubles**

Les données nationales et régionales font état du vieillissement de la population dans des termes identiques.

On peut noter sur le plan départemental et local<sup>8</sup>, la persistance d'une population dite « jeune » mais rattrapée, ces dix dernières années, par un accroissement plus rapide qu'aux plans national et régional de la population de plus de 75 ans et, en conséquence, de la prévalence de la dépendance.

Des effets démographiques et l'attractivité du département et de son littoral se combinent pour expliquer le phénomène.

L'âge moyen des personnes malades est de 82 ans. À âge égal, ce sont les femmes qui sont le plus fréquemment atteintes (1,4 fois plus que les hommes) et plus elles avancent en âge, plus cet écart augmente. Elles représentent 72 % des malades. Entre 85 et 89 ans, plus de 12 % des femmes sont atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées contre 8 % des hommes et elles sont 16 % à partir de 90 ans contre 10 % des hommes au même âge.

La solitude augmente avec l'âge ainsi que les risques de veuvage qu'il entraîne. Après 75 ans, les ménages d'une personne représentent 55 % des cas et 82 % d'entre eux sont composés de femmes.

Ainsi, de 2007 à 2012<sup>9</sup>, la Chapelle sur Erdre verrait le nombre des ménages seuls augmenter de 33 %. Même si, ces ménages semblent bénéficier de relations intergénérationnelles privilégiées, 23 % des Chapelains de plus de 75 ans ne bénéficient pas de visites régulières de leur famille et disent ne pas pouvoir compter sur leurs relations de voisinage.

Sur les plans départemental et local, les personnes âgées dépendantes résident en majorité à leur domicile. Elles sont souvent propriétaires de leur logement et y vivent depuis de nombreuses

---

<sup>7</sup> Enquête DREES N°637 mai 2008.

<sup>8</sup> Enquête INSEE Pays de Loire, n° 27, janvier 2008. Enquête INSEE Pays de Loire, n° 53, janvier 2007, Dossier INSEE Pays de Loire, n°6, octobre 2003.

<sup>9</sup> Etude Territoires Marchés Opinions, n°4967, novembre 2007.

années (87 % des Chapelains de plus de 75 ans souhaitent finir leur vie dans leur commune). Les logements ne sont pas toujours adaptés à leur dépendance et on constate un manque d'information et de volonté d'évolution sur leur parcours résidentiel. Cela génère des risques élevés à rester au domicile, des abandons « en urgence » de celui-ci et des « traumatismes » liés à l'institutionnalisation.

L'histoire de Thérèse montre cet attachement parfois au-delà du raisonnable de la personne âgée à son logement <sup>10</sup>:

*Thérèse a 90 ans, son mari est décédé depuis deux ans. Thérèse et son mari ont acheté un appartement dans un des quartiers Nord de Nantes peu après leur mariage, en 1951 et y ont élevé quatre filles. Cet appartement est situé au dernier étage d'un immeuble qui en comporte 4 et ne dispose pas d'ascenseur. Une de ses filles qui habite Nantes lui rend régulièrement visite, l'accompagne pour ses courses et a mis en place un service d'aide ménagère deux fois par semaine. Pendant longtemps Thérèse, fidèle à ses habitudes, descend et remonte deux fois par jour les quatre étages pour aller acheter son pain puis le courrier. Peu de temps après le décès de son mari, Thérèse est tombée une première fois dans l'escalier et a dû être hospitalisée pour une fracture du col du fémur. À cette occasion, ses filles, prenant conscience du danger que court leur maman à rester dans cet appartement, lui suggèrent d'envisager un emménagement en maison de retraite à l'issue de son hospitalisation. Thérèse s'y refuse avec obstination et fermeté. À son retour chez elle, malgré l'augmentation du temps d'intervention d'aide ménagère et les visites régulières de sa fille, Thérèse n'ose plus emprunter l'escalier, ne sort plus de chez elle et la désorientation s'installe. Une deuxième chute entraîne une nouvelle hospitalisation et l'impossibilité du retour au domicile. Aujourd'hui, Thérèse vit dans une maison de retraite de Nantes spécialisée dans l'accueil des personnes âgées désorientées mais diminuée par la maladie, elle n'a pu comprendre ce choix et a souvent demandé quand allait-elle rentrer chez elle.*

### **1.1.2 Les aidants familiaux<sup>11</sup> : L'implication des familles dans l'accompagnement de leur proche atteint de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées**

Les aidants familiaux sont les personnes qui viennent en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, auprès d'une personne dépendante de leur entourage proche pour les activités de la vie quotidienne.

---

<sup>10</sup> Tous les prénoms sont empruntés et ne sont pas précédés de Monsieur ou Madame pour ne pas alourdir la narration, non par manque de respect envers ces personnes.

<sup>11</sup> Enquête du Réseau National des Familles, décembre 2007.

La moitié d'entre eux, notamment pour l'accompagnement de malades d'Alzheimer ou maladies apparentées, est le conjoint de la personne dépendante et pour un tiers leur enfant.

L'âge moyen des aidants familiaux est de 71 ans quand il s'agit du conjoint, de 55 ans si c'est l'enfant et ce sont le plus souvent des femmes (6 cas sur 10).

Parmi les bénéficiaires de l'APA, 79 % des aidants familiaux ont entre 50 et 79 ans. Cet âge moyen élevé fait prendre conscience de la fragilité potentielle des aidants familiaux et de l'urgence à prendre en compte leurs besoins, et en priorité, prévenir leur épuisement.

En effet, à partir d'un certain niveau de dépendance, la présence de l'entourage, hormis son importance affective, est indispensable pour assurer une continuité de présence auprès de la personne âgée dépendante. Elle participe à sa sécurité et à l'aide apportée aux intervenants à domicile dans l'accomplissement de certains gestes (aide à la mobilisation et à la toilette...).

Les grilles d'évaluation APA tiennent peu compte du travail d'accompagnement et de surveillance nécessaire des personnes âgées désorientées et ce sont les aidants naturels qui comblent le déficit d'heures d'intervention des services à domicile.

La situation des aidants familiaux est difficilement visible et vivable. Elle affecte fortement leur participation à la vie locale et, par ricochet, leur accès à l'information sur les aides financières et pratiques possibles (2 adhérents, seulement, sur la commune de la Chapelle sur Erdre à Alzheimer Loire-Atlantique).

L'histoire de Madeleine et Jean vient souligner ce travail invisible, souvent sous estimé et incompris par l'entourage familial et le voisinage :

*Madeleine et Jean sont âgés, respectivement de 75 et 80 ans, Jean est atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 3 ans. J'ai rencontré Madeleine, lors d'un séjour de repos forcé à la maison de retraite Saint-Joseph à Nantes.*

*Madeleine souligne le manque « d'empathie » de ses voisins et amis qui, dit-elle, pensent qu'elle abuse quand elle évoque la fatigue qu'elle éprouve à s'occuper de Jean. En effet, Jean, lors des visites, mobilise toute son énergie et sa concentration pour donner « le change » et préserver son image auprès des voisins et amis. Ceux-ci ne peuvent se rendre compte des incidences de la maladie sur son comportement.*

*Madeleine se plaint, essentiellement, de son manque d'espace (Jean la suit partout dans la maison et dans toutes ses activités) et du manque d'autonomie de Jean (il se réfère à elle pour s'habiller, manger, s'orienter...).*

*Ses plaintes n'étant pas entendues, Madeleine s'est tue, a cessé de sortir et s'est épuisée à accompagner Jean au quotidien jusqu'à son hospitalisation, en urgence, suite à un malaise cardiaque.*

*La famille, les amis et les voisins ont dû prendre le relais de Madeleine pendant son hospitalisation et ont pris conscience de la difficulté de son quotidien.*

*Madeleine n'a pu sortir de l'hôpital que sous la réserve d'effectuer un séjour en hébergement temporaire pour continuer à se reposer. Aidée par sa famille, elle a profité de ce temps pour se renseigner sur les possibilités d'aide à son retour au domicile.*

*Madeleine et Jean ont eu la chance d'être accueillis, ensemble, à la maison de retraite Saint-Joseph, Madeleine dans un petit studio préservant son indépendance et Jean au sein de l'unité spécifique Alzheimer. Ils ont pu se voir régulièrement, participer ensemble à des activités mais aussi bénéficier, d'un accompagnement et d'activités propres à chacun.*

*Madeleine, avant de quitter l'Accueil Temporaire, a formalisé une inscription sur liste d'attente pour elle et Jean à la maison de retraite.*

### **1.1.3 Les établissements d'hébergement permanent: La difficulté à faire cohabiter des personnes ayant des troubles cognitifs avec les autres résidents**

Une étude menée par la Fondation Mederic Alzheimer<sup>12</sup> montre que si le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a sensiblement augmenté en France entre 2006 et 2008 de même que les unités spécifiques (en 2008, on compte 1 533 établissements déclarant posséder une Unité Spécifique Alzheimer pour une capacité de 28 000 places), les limites posées à l'accueil des personnes ayant tendance à errer ou fuguer, ou présentant des troubles du comportement ne baissent pas.

Seuls 145 établissements sont entièrement dédiés à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Des disparités géographiques dans l'offre de service perdurent et même si la Région des Pays de Loire semble bien lotie, il existe des disparités entre les départements et le schéma gérontologique de Loire-Atlantique fait bien état d'un manque de places d'hébergement pour la Communauté Urbaine de Nantes et notamment, pour le Nord de sa couronne.

---

<sup>12</sup> La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n°8, décembre 2008.



La Loire-Atlantique compte 191 structures d'hébergement collectif et seulement 38 (soit 17 % des établissements) d'entre elles disposent d'unités spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

En ce qui concerne le territoire d'intervention de notre EHPAD, l'étude de l'existant<sup>13</sup> montre bien un manque criant de places pour les personnes âgées désorientées (environ 70 places pour 1600 personnes accueillies et dont 50 % d'entre elles peuvent être désorientées).

Sur la commune de la Chapelle sur Erdre, seule la maison de retraite du « Ploreau » accueille des personnes désorientées et vient d'obtenir un agrément CROSMS pour la création d'une unité spécifique de 12 places (réservées à des personnes déjà hébergées dans son établissement).

### Les principales caractéristiques des institutions de la Chapelle sur Erdre

	Nombre de résidents	Origine géographique	Sexe	GMP Cible	Aide sociale	Moyenne d'âge	Personnes désorientées
EHPAD "Le Ploreau"	80	50 % Chapelains	82,5 % femmes	618	10 résidents	86 ans	50 %
MR "Bel Air"	41	75 % Chapelains	85,5 % Femmes	310	4 résidents	88 ans	25 %
FL "Bel Air"	40				Aucun	85 ans	0
DS "L'orée du Plessis"	17	80 % Chapelains	82 % Femmes		10 résidents	80 ans	0

**Légende** : MR (Maison de retraite) – FL (Foyer-logement) – DS (Domicile services).

Le nombre important de personnes âgées désorientées dans les établissements requiert une augmentation de leur suivi et le développement d'une capacité d'intervention en urgence en cas de difficulté majeure tel un comportement agressif.

Il perdure un déficit d'accompagnement psychologique des résidents, des aidants familiaux et des personnels soignants. Pour exemple, à la « Résidence du Ploreau », le psychologue n'intervient que 10 heures par semaine et sur deux jours. Il ne peut pas exercer de suivi régulier des personnes accueillies en Accueil De Jour.

<sup>13</sup> Voir l'étude de l'existant sanitaire et médico-social en annexe 2.

L'histoire de Christiane et Albert vient confirmer l'importance d'un accompagnement de proximité et d'une attention quotidienne pour permettre à chacun de franchir, le mieux possible, les différentes étapes de la maladie. Elle met en lumière, les difficultés engendrées par le manque d'accompagnement psychologique de l'aidant familial et de l'équipe professionnelle :

*Christiane a 55 ans, une activité professionnelle de secrétariat médical à mi-temps. Depuis le décès de sa maman, survenu il y a deux ans, elle héberge son papa prénommé Albert, 80 ans. Albert est atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 10 ans.*

*Son papa fréquente un accueil de jour ouvert sur Nantes à l'initiative de bénévoles d'Alzheimer Loire-Atlantique. Christiane amène son papa deux jours par semaine et apprécie le temps d'échange avec le personnel soignant lors de ce temps d'accueil. Elle se plaint de douleurs récurrentes au niveau du bras gauche, trouve que son papa décline rapidement et multiplie les recommandations avant de se persuader de partir en laissant son papa derrière elle (C'est Christiane qui emploie cette expression).*

*Albert, depuis quelques semaines, ne peut plus participer aux activités organisées par l'équipe de l'accueil de jour. Son attention ne se mobilise plus, il dort beaucoup et ne peut plus manger seul. L'accueil de Jour devient source de difficulté et de fatigue pour Albert et pour le personnel qui l'accompagne.*

*Christiane, par ses plaintes, semble jeter un appel au secours mais refuse d'entendre que son papa ne peut plus fréquenter l'accueil de jour. L'équipe soignante souhaite que Christiane rencontre la psychologue mais le temps restreint de présence de celle-ci combiné aux contraintes professionnelles de Christiane ont longtemps retardé cette rencontre.*

*Un malaise d'Albert lors d'une journée d'accueil provoquera l'arrêt, en urgence, de ce mode de prise en charge depuis longtemps inadapté.*

#### **1.1.4 Les structures d'hébergement temporaire et d'Accueil De Jour : Rompre la solitude, favoriser le maintien à domicile et le répit des aidants familiaux**

Ces deux structures ont pour finalité d'améliorer la qualité de vie à domicile, de permettre aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et à leur famille de conserver une vie sociale et d'offrir, aux aidants, un temps de répit.

Leur augmentation est inscrite comme prioritaire dans le Schéma Gériatrique de Loire-Atlantique. Celui-ci précise que la diversité des besoins exprimés nécessite de proposer de nouvelles réponses d'accompagnement situées entre le maintien à domicile et l'accueil dans un établissement. Il prévoit de soutenir les projets liés à ces nouvelles formules d'accueil et il

favorisera l'accroissement des places en hébergement temporaire, en accueil de jour, en accueil de nuit et en accueil d'urgence.

Il convient, cependant, de prendre en compte la disparité apparaissant entre le besoin important pressenti et la difficulté de convaincre les familles de faire appel à ces lieux de répit. Pour exemple, « La Résidence du Ploreau » à la Chapelle sur Erdre est habilitée pour réaliser 30 journées d'Accueil De Jour par semaine dont seulement une vingtaine est consommée.

De même, la fragilité des personnes accueillies est source d'absentéisme dans ces structures et, ce, de manière totalement imprévue et imprévisible.

### **Etat des lieux sur le plan régional, départemental et local**

Territoire géographique	Places d'hébergement temporaire	Places d'Accueil De Jour
Pays de Loire	800	145
Loire-Atlantique	280	55
Territoire visé	10	27
La Chapelle sur Erdre	0	5

Au vu de ces données, on constate que la création de notre établissement ne vient pas en concurrence des structures existantes mais qu'il offre des possibilités nouvelles notamment pour les lieux d'hébergement permanent ne possédant pas d'unités spécifiques pour accueillir les personnes désorientées. Notre projet vient étoffer les possibilités de répit pour les aidants familiaux.

### **1.2 Définition d'un territoire d'intervention : répondre à un besoin authentifié, s'intégrer dans les schémas départementaux et s'inscrire dans le respect des préconisations des politiques publiques**

Dans la plupart des structures, les places sont en priorité réservées aux habitants de proximité pour privilégier la continuité des liens familiaux et amicaux et éviter un déracinement trop important de la personne malade.

La proximité de résidence (30 minutes de trajet matin et soir) s'impose encore davantage pour l'accueil de jour.

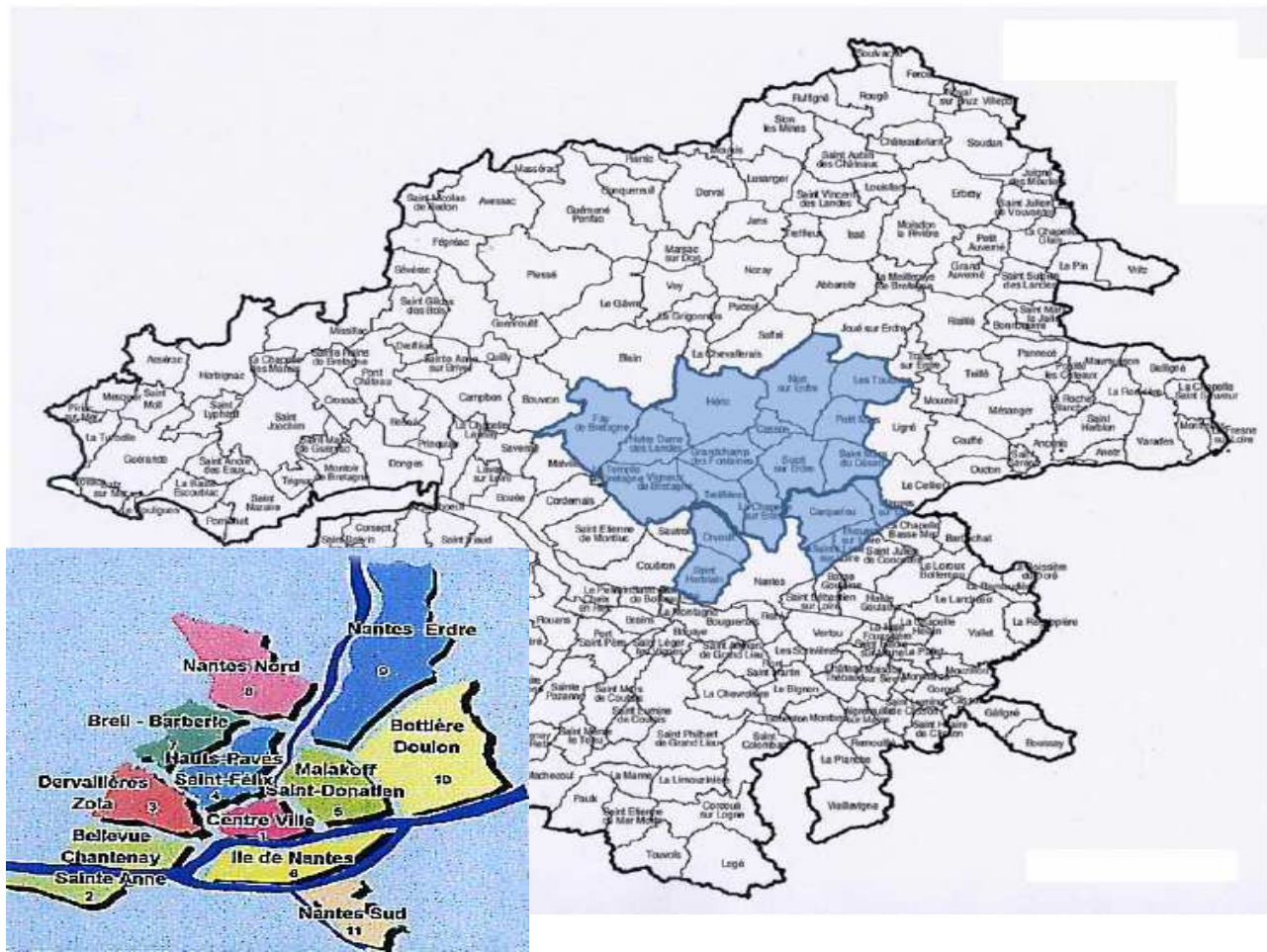
### 1.2.1 Le territoire de référence

Dans le respect de ces principes énoncés précédemment et en conformité avec le manque de structures constaté par le Schéma Gérontologique Départemental sur la Communauté Urbaine de Nantes, notamment sur son secteur Nord, nous avons retenu comme territoire d'intervention : Le canton de la Chapelle sur Erdre, la communauté de communes Erdre et Gesvres, le canton de Carquefou, les quartiers 8, 9 et 10 du Nord de Nantes et deux communes de proximité que sont Saint-Herblain et Orvault.

Ce territoire totalise une population<sup>14</sup> de 267 701 habitants dont 29 496 personnes âgées de 60 à 75 ans et 14 085 personnes âgées de plus de 75 ans.

En référence à l'étude PAQUID, ce territoire pourrait compter quelques 2000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

### Délimitation des Communes appartenant au Territoire visé et des quartiers Nord de Nantes



<sup>14</sup> Voir l'étude de population en annexe 1.

### **1.2.2 La Chapelle sur Erdre, commune d'implantation du pôle**

Ville de près de 17 000 habitants, dont un tiers de moins de 20 ans, qui est rattachée à la Communauté Urbaine de Nantes. Une commune jeune mais qui risque d'être exposée, à court terme, à un fort vieillissement de sa population.

Consciente des enjeux posés par le vieillissement, la commune a engagé un diagnostic<sup>15</sup> global sur la situation, les attentes et les services proposés aux retraités de la commune. Cette réflexion s'est structurée autour de six thématiques : le réseau relationnel et l'isolement, les activités, les loisirs et la participation des retraités à la vie locale, le logement, les déplacements et les transports, le maintien à domicile et les services offerts, les structures d'hébergement temporaire et permanent.

Cette étude a notamment montré que la commune pourrait compter, à ce jour, 150 à 160 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Un cadre naturel boisé, la proximité de l'Erdre et de ses affluents, un tissu économique en plein essor sont quelques-uns de ses atouts.

Le long du Gesvres et de l'Erdre, des sentiers aménagés et balisés permettent de découvrir un cadre environnemental d'une très grande variété.

La connexion aux grands axes routiers et autoroutiers la relie aisément à l'aéroport et à la gare TGV de Nantes par le périphérique de l'agglomération nantaise. L'arrivée du train-tram programmée en 2010 offrira l'opportunité aux habitants de La Chapelle sur Erdre de rejoindre le centre de Nantes et d'autres points de l'agglomération plus rapidement.

La SEMITAN assure un service régulier sur Nantes. Le Chronobus (ligne 86) a une fréquence de passage toutes les dix minutes aux heures de pointe et place le centre de La Chapelle sur Erdre à 20 minutes du tramway. Il reliera Le Bout des Pavés (quartier de Nantes) aux quartiers de la Coutancière (quartier d'implantation de notre projet).

PROXITAN et HANDITAN desservent la commune et pourront être mobilisés pour le transport des bénéficiaires de l'Accueil De Jour.

Un service de transport communal pour personnes âgées permet la liaison avec le centre de La Chapelle sur Erdre. Il est assuré deux fois par semaine.

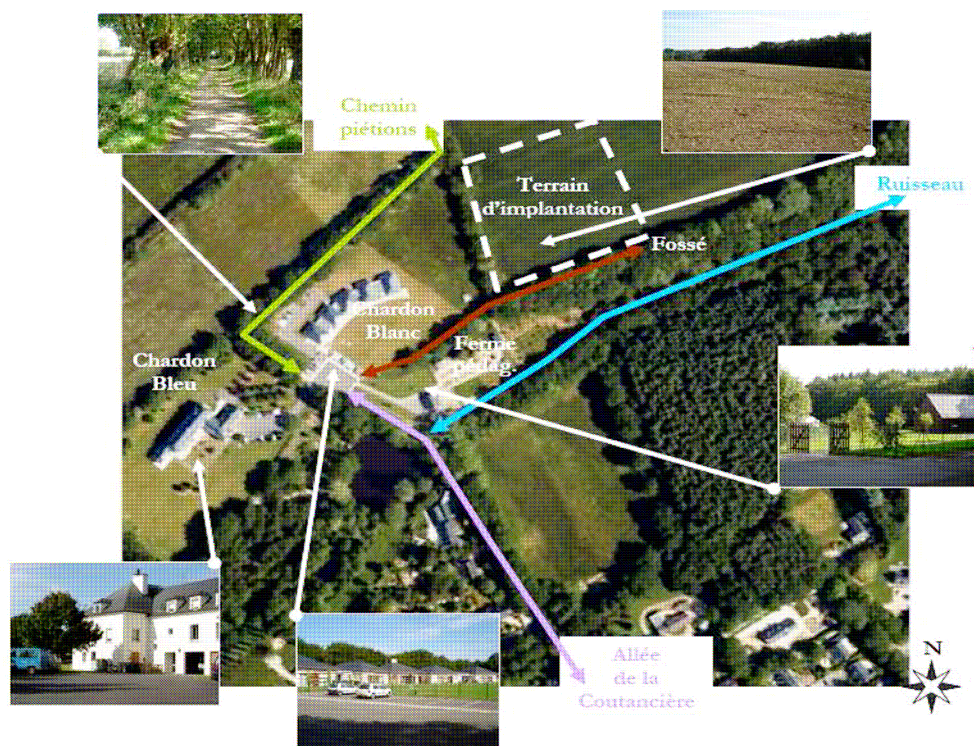
---

<sup>15</sup> Etude menée par Territoires Marchés Opinion (TMO), Commune de La Chapelle sur Erdre, Besoins et attentes des personnes retraitées.



De nombreuses associations, près de 200, œuvrent dans tous les domaines de la culture et des loisirs, de la solidarité et du social. Elles contribuent au dynamisme de La Chapelle sur Erdre et facilitent l'insertion sociale de ses habitants.

L'implantation du Pôle est prévue sur un terrain attenant aux établissements gérés par l'association « Le Chardon Bleu ». Ces établissements font partie du quartier de la Coutancière, zone résidentielle d'habitation bien desservie par les transports et animée par un collège de proximité.



L'association « Le Chardon bleu » est implantée depuis bientôt 20 ans à La Chapelle sur Erdre. Elle a pour habitude d'agir en consultant les acteurs locaux et de travailler dans leur complémentarité. Elle continuera à œuvrer en ce sens pour répondre à la nécessité de prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de sa famille.

### **1.3 Diversité et complexité des besoins de la personne malade et de l'aidant familial : « Comprendre pour mieux agir et mieux agir pour comprendre »<sup>16</sup>**

« La maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées entraîne chez la personne atteinte une perte progressive de ses capacités cognitives et/ou fonctionnelles. Elle l'a rend vulnérable. La difficulté de reconnaître ses besoins et ses attentes devient centrale. Elle confronte les professionnels et les proches à une adaptation nécessaire de leurs compétences et ressources propres ».<sup>17</sup>

Nous avons souvent tendance à réduire les besoins de l'être humain à des besoins physiologiques et, ce, surtout quand le langage et la communication disparaissent.

« Le dément n'est plus alors qu'un esprit mort dans un corps vivant, un pantin habité par cette maladie qui n'exprime plus qu'elle-même et simplement l'anime ».<sup>18</sup>

Notre projet, par la diversité de ses services, s'efforcera de répondre à l'ensemble des besoins repérés ci-après et privilégie la notion du « PRENDRE SOIN ». Il veut promouvoir le fait que l'accompagnement de la personne âgée désorientée et celui de sa famille sont liés. La maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ont la particularité de transformer en profondeur la vie de la personne qui en est atteinte mais aussi celle de son entourage. Elle bouleverse les équilibres familiaux et induit de grandes souffrances. Nous souhaitons les écouter et les soulager dans une continuité, de l'annonce du diagnostic à la fin de vie.

#### **1.3.1 « Les signes d'une maladie complexe »<sup>19</sup>**

La maladie débute insidieusement. Les modifications initiales qui se produisent chez les personnes peuvent être si discrètes et leurs stratégies de compensation si élaborées qu'il est impossible de préciser exactement le moment où les troubles commencent.

---

<sup>16</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : Pistes de réflexion et d'action*, Paris, p. 9.

<sup>17</sup> ANESM, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « l'accompagnement de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »*, Paris, février 2009, p. 8.

<sup>18</sup> PÉLISSIER J., 2003, *La nuit tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, Paris : Bibliophane, Daniel Radford, p. 150.

<sup>19</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : Pistes de réflexion et d'action*, Paris, p. 15.

C'est d'abord la mémoire des faits récents qui est défaillante : oublis de rendez-vous, de visites, difficulté à gérer son budget, à respecter les heures de repas... La mémoire des faits anciens reste intacte mais, lorsque la maladie évolue, celle-ci est touchée aussi.

D'autres troubles cognitifs apparaissent progressivement : troubles du langage, de la parole, désorientation temporelle et spatiale comme se perdre sur le chemin habituel des courses.

La dépression, l'anxiété, des excentricités imprévisibles sont des symptômes psycho-comportementaux annonciateurs de la maladie.

Lors des stades modéré et évolué de la maladie, ceux-ci s'aggravent et la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées peut faire preuve d'agitation, d'agressivité, être la proie d'hallucinations, ne plus reconnaître son entourage, confondre le jour et la nuit, commettre des fugues et souffrir d'énurésie.

Ce sont ces troubles psycho-comportementaux qui perturbent le plus l'entourage familial de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et qui sont, souvent, à l'origine de l'entrée en institution.

La dépendance physique avec confinement au lit ou au fauteuil s'installe assez tardivement. En phase finale, la capacité des personnes à communiquer, à penser et à se mouvoir est très fortement altérée.

Deux définitions sont proposées, la première par l'American Psychiatric Association et la seconde par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) :

- « La démence de type Alzheimer est caractérisée par l'apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoigne une altération de la mémoire associée à une ou plusieurs des perturbations suivantes : aphasie (troubles du langage), apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes), agnosie (impossibilité de reconnaître et d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes), perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

Ces déficits sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social et professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement intérieur. »

- « La maladie d'Alzheimer est une affection neuro-dégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuro-pathologiques spécifiques (dégénérescence neuro-fibrillaire et plaques séniles). »



### **1.3.2 Identification des besoins liés la nécessité d'existence d'une consultation médicale spécialisée : effectuer un diagnostic précoce pour intégrer une filière de soins, instaurer un traitement, accéder aux conseils et organiser un projet d'accompagnement**

Des petits faits, des changements dans les habitudes, un incident étrange : certains signes de la maladie peuvent alerter la personne victime de ceux-ci et son entourage. Il convient de parler de ces difficultés au médecin traitant et celui-ci décidera de la nécessité ou non d'envoyer la personne souffrante et sa famille vers une consultation spécialisée.

Il semble donc important d'effectuer un travail de réseau avec les médecins généralistes du territoire et de leur permettre de nous adresser leurs patients en privilégiant la proximité et la rapidité de rendez-vous.

La consultation médicale spécialisée exprime un avis médical et neuropsychologique à l'aide d'une véritable démarche diagnostique. Elle s'appuie sur des tests rigoureux et plus elle établit un diagnostic précoce et plus la mise en place de soins appropriés et d'un soutien adapté à la famille peut s'effectuer.

Notre consultation médicale spécialisée, tenue par des praticiens extérieurs et en lien avec le Centre Mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR) de l'hôpital BELLIER (CHU de Nantes), devra avoir la volonté de s'interroger sur l'éthique à adopter pour l'annonce du diagnostic. Elle s'inscrit dans un soutien aux médecins traitants en charge des personnes malades et de leur famille. Elle assurera un suivi des patients et préconisera des évolutions d'accompagnement liées à l'avancement de la maladie.

### **1.3.3 Identification des besoins des aidants familiaux et de la nécessité de services spécifiques (service d'aide aux aidants, accueil de jour, hébergement temporaire) pour les accompagner : « On ne naît pas aidant, on le devient, sans avoir été préparé à ce rôle et sans avoir pu en faire le choix »<sup>20</sup>**

Reconnaître le rôle et la charge qu'assument les aidants familiaux est d'autant plus important que certains éprouvent le sentiment de sacrifier leur indépendance et leur vie privée et que « cette aide s'établit peu à peu, subrepticement, sans décision explicite »<sup>21</sup>. L'absence d'une gratification de la

---

<sup>20</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 45.

<sup>21</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 45.

part du malade qui ne « s'en aperçoit même pas », génère et amplifie ce sentiment de non-reconnaissance.

La dépendance psychique de leur proche est lourdement ressentie et a des répercussions émotionnelles et psychologiques sur eux. Les dégradations successives de leur proche sont vécues comme « le deuil d'un proche pas encore mort ».<sup>22</sup>

Les situations d'épuisement des aidants et leur enferment relationnel sont fréquentes. Il convient de les amener à prendre conscience de la nécessité de prendre soin d'eux-mêmes afin d'être plus disponibles pour faire face à des situations éprouvantes. Il est indispensable de les amener à accepter l'aide de tiers dans l'accompagnement de leurs proches et de se préparer, si cela s'avère nécessaire, à l'institutionnalisation de celui-ci.

Notre pôle, au travers de son service d'aide aux aidants familiaux, de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour s'efforcera de répondre au questionnement de ces aidants familiaux, d'écouter leur fatigue et leur souffrance et de les aider à prendre en considération leurs propres besoins.

- A) Un besoin de souffler durant la journée ou un temps donné et, lorsque le moment est venu, de passer le relais

La collaboration avec les familles doit permettre de les sensibiliser à une autre orientation de leur parent malade que le domicile, d'offrir un temps de répit pour ne pas choisir une solution en urgence et d'avoir un interlocuteur, un lieu pour prendre du recul.

Confier son parent malade à un professionnel apporte à l'aidant un soulagement mais aussi un sentiment de culpabilité, d'abandon et de dévalorisation. L'accueil en structure correspond, cependant, à un besoin de réorganiser le soutien de son parent malade sans se sentir dépossédé, d'accepter une aide professionnelle et de redécouvrir les capacités et les envies de son proche en difficulté.

Il faut d'abord vaincre les réticences de la famille. L'histoire de Bernard et Josiane vient illustrer cette résistance :

*Josiane et Bernard sont âgés, respectivement, de 62 et 64 ans. Josiane est atteinte de maladie d'Alzheimer depuis 2 ans (quel beau cadeau pour sa retraite dit avec une triste ironie Bernard !) et Bernard s'épuise, sans s'en plaindre ni le laisser paraître, à s'occuper de Josiane.*

---

<sup>22</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 47.

*Bernard s'est laissé convaincre par une des aides à domicile qui interviennent chez eux et l'aident à assurer la toilette et les repas de Josiane et l'entretien de la maison. Il veut bien venir, avec Josiane, passer un moment à la halte relais organisée par Alzheimer Loire-Atlantique.*

*Pourtant Bernard ne cesse de répéter que Josiane n'aime pas sortir et craint le bruit. Il évoque les différents problèmes de santé de son épouse venant confirmer que l'extérieur est vécu comme une agression.*

*Lors de son arrivée à la halte relais, nous le sentons très tendu et réservé quant à l'utilité de ce déplacement. Il voit, avec inquiétude, des bénévoles s'avancer vers Josiane et lui proposer de participer à un atelier pâtisserie. Pendant ce temps, Bernard pourra échanger dans un groupe de paroles animé par une psychologue.*

*Les bénévoles assurent Bernard qu'il sera prévenu si Josiane le cherche ou éprouve de l'angoisse. Celui-ci se laisse « convaincre » et se rend dans la pièce d'à côté pour rejoindre les autres aidants familiaux.*

*Josiane, après un temps d'observation, s'est beaucoup amusée, a souri et ri et pu présenter à son mari, ébahi, une de ses réalisations.*

*Le premier pas est franchi. La prochaine étape est la régularité de la fréquentation de la halte-relais par Josiane et Bernard.*

*Josiane pourra prendre un peu d'autonomie et Bernard accepter de confier à d'autres l'accompagnement de son épouse. Tous les deux pourront cheminer vers un autre mode d'accueil lors d'une prochaine avancée de la maladie et bénéficier du soutien de pairs.*

Lors d'un stage à l'Accueil De Jour « Madeleine Julien », j'ai pu observer cette même difficulté qu'éprouvent certains aidants familiaux (le plus souvent le conjoint ou un enfant) à quitter leur proche malade. Entre leur arrivée avec leur proche et leur propre départ, un temps, parfois long, s'écoule. Les recommandations fusent, les événements des jours précédents font l'objet de commentaires et expriment des inquiétudes nouvelles ou récurrentes. L'assentiment de la personne malade est recherché à plusieurs reprises et les assurances d'un retour au domicile en fin de journée sont réitérées comme une litanie.

Aucun retard, à l'heure de fermeture de l'accueil de jour, pour retrouver son proche malade et le ramener au domicile. L'aidant familial s'inquiète du comportement de celui-ci pendant son absence. Il se sent rassuré lorsque son proche lui semble apaisé et souriant mais il est, tout de suite, en alerte lorsque tout n'a pas été positif et la culpabilité ressurgit vite.

Pourtant, retrouver une liberté de mouvement, organiser des rencontres entre amis, sortir à nouveau et vaquer à des activités abandonnées suite à l'accompagnement de son proche malade,

autant de plaisirs retrouvés qui permettent de mieux accompagner son proche à son retour au domicile. L'Accueil De Jour répond à ces besoins d'évasion et de répit pour l'aidant familial.

L'hébergement temporaire permet de faire face à l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence de la personne malade ou de son aidant familial, l'inadaptation du logement aux variations climatiques...

Cet hébergement peut constituer une période de transition entre une hospitalisation et un retour à domicile et être utilisé comme premier essai de vie en collectivité avant une entrée durable en établissement.

#### B) Un besoin d'information et de formation

Il s'agit de donner les moyens à l'aidant familial de mieux comprendre la relation d'aide ainsi que ses propres réactions. Transmettre des connaissances et des savoir-faire qui lui permettent d'optimiser son intervention auprès du parent aidé.

La formation vise un meilleur accompagnement marqué par une recherche d'autonomie et de valorisation de l'intéressé, en évitant les fréquentes attitudes interventionnistes ou infantilisantes et génératrices de dépendance.

Pour les aidants familiaux, il est fondamental d'apprendre à répondre aux troubles cognitifs, à s'adapter psychologiquement, à communiquer et écouter différemment ou encore, à déplacer son parent.

Il est question d'accepter la maladie et l'aide extérieure, d'apprendre, en quelque sorte, à entrer dans le monde de leur parent malade puis à prendre de la distance.

Le Président de l'association Loire Atlantique Alzheimer, lui-même aidant de son épouse, aujourd'hui décédée, pendant de longues années m'a confirmé la nécessité, pour les aidants familiaux, de se former. Il a regretté de n'avoir pu bénéficier, en temps utile de conseils et de formation et dit, avec encore beaucoup de culpabilité me semble-t-il, avoir commis « des erreurs par envie de bien faire » notamment dans les gestes de la vie quotidienne. D'avoir souvent été dans « le faire à la place de » et d'avoir « bousculé » son épouse en s'énervant de sa lenteur.

#### C) Un besoin d'écoute et d'échange

La structure d'accueil doit être attentive à faire connaissance avec la personne et sa famille et dire à l'aidant familial qu'il ne dérange pas. Elle communique et prévient sur les événements de vie de la personne accueillie pour rassurer et construire un rapport de confiance réciproque.

L'instauration d'un groupe de paroles permet à l'aidant familial de verbaliser et d'échanger sur ses propres difficultés dans l'accompagnement son parent malade. Avec d'autres bénévoles, j'anime

une halte relais à Bouaye, et je constate ce besoin permanent de raconter ce quotidien vécu, de se rassurer sur sa façon d'accompagner en la comparant à celle d'autres personnes aidantes. Quelquefois, les aidants familiaux accueillis ne souhaitent pas être accompagnés par le psychologue. Ils s'aménagent un temps de loisirs (jeux de cartes, jeux de société...). Mais même au travers de cette mise en place d'activités, les personnes reviennent à l'évocation de leurs difficultés et ont parfois du mal à suivre le cours du jeu.

#### **1.3.4 Identification des besoins des personnes relevant de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire : retrouver une vie sociale et préserver l'autonomie nécessaire au maintien de la vie à domicile.**

Si le maintien à domicile des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées est une des priorités de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, ceux-ci doivent se mettre en place dans le cadre du dispositif gérontologique local et répondre à l'accompagnement des personnes accueillies et au soutien des familles. Le besoin se fait sentir quand le maintien à domicile devient source d'isolement social pour la personne malade et les aidants familiaux.

Ils doivent alors proposer une prise en charge initiée pour stimuler et conserver les capacités nécessaires pour sauvegarder une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Ils s'attachent à donner une assistance aux aidants familiaux et permettre leur répit. Ils s'inscrivent dans une complémentarité avec les services de maintien à domicile pour prolonger celui-ci.

- A) Le besoin de rompre la solitude, de favoriser les contacts sociaux et de retrouver des attitudes conviviales

La personne qui souhaite rester chez elle se retrouve souvent isolée psychologiquement et physiquement. Elle perd peu à peu toute vie sociale et ses repères.

La présence de ses proches lui évite une totale solitude mais engendre, parfois, des situations d'enfermement relationnel entre la personne malade et son aidant familial.

Se préparer avec soin, partager le repas avec d'autres, « discuter » des dernières nouvelles autour d'un café..., autant de gestes et de faits de la vie quotidienne qui permettent à la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées de s'inscrire dans une relation à l'autre et d'appartenance à un groupe social.

- B) Le besoin de ralentir la dépendance en stimulant, par diverses activités, les capacités cognitives et ainsi prolonger le maintien à domicile

Il convient d'optimiser au maximum les capacités restantes de la personne malade et de la valoriser mais aussi de l'accompagner dans le travail de deuil de certaines de ses capacités.

La réalisation de certaines activités est encore possible et procure à la personne malade plaisir et confiance en soi. L'équipe de professionnels doit veiller à ne pas mettre la personne en échec et adapter, au quotidien, les activités à l'évolution, très différente, d'une personne à une autre, de la maladie.

Les activités proposées doivent être en lien avec l'histoire de la personne accueillie et avoir du sens pour elle.

L'accueil de jour est bien une prestation complémentaire des services intervenant à domicile. Ceux-ci tout en permettant à la personne de rester chez elle, ne couvrent pas l'ensemble de ses besoins : socialisation, sorties, stimulation physique et intellectuelle.

L'Accueil De Jour « Madeleine Julien » m'a reçue en stage et j'ai partagé la vie de son équipe et des personnes accueillies. L'Accueil De Jour est situé à Nantes et ouvert du lundi au vendredi (sauf une période de fermeture d'une semaine à Noël et Pâques et trois semaines en août) de 9h30 à 17h30. Il accueille des personnes diagnostiquées malades d'Alzheimer ou maladies apparentées et, pour qui, une stimulation des capacités est possible et permet une autonomie plus grande dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne au domicile.

Les personnes effectuent seules les gestes de la vie quotidienne (s'habiller et manger) et ne présentent pas de difficultés de comportement incompatibles avec la vie en collectivité.

Le plus souvent, le premier contact est pris par l'aidant familial, présenté comme une préconisation médicale et son utilité est souvent mise en doute (« Mon mari ou ma femme n'acceptera jamais, il ou elle n'aime pas la collectivité ... »).

La personne malade et son aidant sont reçus par la Cadre Infirmière, responsable de la structure et la psychologue pour recueillir leurs désirs et prendre en compte leurs besoins et une période d'essai est préconisée. À l'issue de celle-ci, si les personnes en sont d'accord, un contrat de séjour est établi précisant les périodes d'accueil de la personne malade.

La journée commence par un temps d'accueil qui s'échelonne de 9h30 à 10h30. Les uns sont conduits par leur aidant, les autres viennent en transport spécialisé. C'est souvent à ce moment que l'équipe apprend la non venue d'une des personnes inscrite pour la journée soit parce qu'elle est souffrante, soit parce qu'elle n'était pas prête au moment convenu, soit parce qu'elle a refusé de venir.

Durant cette heure d'arrivée échelonnée, l'accent est mis sur la convivialité, la sérénité des séparations et le recueil des informations de la vie au domicile tout cela accompagné d'une collation.

Puis vient la prise de repères temporels avec comme support la lecture de quelques articles du journal et le menu du jour. Chacun est sollicité soit pour lire, si c'est encore possible, soit pour réagir aux propos tenus ou aux plats constituant le repas du midi.

Vers 11h, plusieurs activités sont proposées : aider à préparer la table du repas et confectionner le dessert du goûter, jeux de société, dessin, tricot...Chacun participe en fonction de ses goûts et désirs. Des petits groupes d'affinité se forment et se côtoieront toute la journée.

Le repas de midi constitue un des attraits de la journée et est accueilli avec des expressions de plaisir. L'équipe se répartit à chacune des tables et veille au bon déroulement du repas. Ce moment est l'occasion de repérer les difficultés que peuvent éprouver certaines personnes dans l'exécution de gestes simples de la vie quotidienne et d'essayer de se les réapproprier.

Chacun peut participer au débarrassage de table, aider à la vaisselle et passer le coup de balai.

Un moment de calme s'installe en début d'après-midi avec une courte sieste pour quelques-uns et des activités plus paisibles pour d'autres (écoute de musique, lecture de poèmes, atelier manucure, massage des mains, promenade si le temps le permet...).

Le goûter réunit tout le monde et est l'occasion de commenter la saveur du gâteau du jour, d'évoquer une recette pour le lendemain ainsi que les souvenirs de jeunesse.

Vers 16h, les personnes commencent à s'agiter davantage, l'inquiétude apparaît avec la peur de ne pas retourner à leur domicile. Une personne met son manteau et s'assoit dans l'entrée, une autre regarde sans arrêt à la fenêtre, une autre tend l'oreille au bruit des voitures qui passent...

Une journée tout en rythme qui fait la part belle à la préservation des habitudes de vie et tourne autour des gestes de la vie quotidienne pour faciliter le maintien à domicile.

### **1.3.5 Identification des besoins des personnes relevant de l'hébergement permanent : une rupture avec le mode de vie antérieur qui doit se faire dans le respect de l'identité et de la singularité de la personne**

Le besoin d'un hébergement permanent apparaît lorsque les troubles aggravés entraînent une mise en danger de la personne malade et un épuisement total des aidants familiaux.

Il est alors nécessaire de proposer un hébergement sécurisant, une prise en charge médicale qui stabilise l'état du malade, de favoriser le rétablissement de liens familiaux souvent malmenés et

d'accompagner les personnes accueillies jusqu'au bout de leur vie.

Il convient de définir un projet d'établissement qui préconise l'individualité dans l'accompagnement et la construction d'un « nouveau chez soi » et qui, pour ce faire, priorise la réponse à des besoins individuels et porteurs de sens.

A) Les besoins relationnels, affectifs, émotionnels et sensoriels.

« S'il est un être affectif, intuitif, sensible, c'est bien la personne réputée démente sénile, qui n'est peut-être que cela ».<sup>23</sup>

Il est important de réserver aux personnes désorientées le droit de ressentir du bien-être, de l'affection, de la tendresse, de l'amour, de l'exaspération, de l'angoisse, de la compréhension, de l'empathie, de la bienveillance et la validation de l'expression de leurs émotions.

Les personnes doivent pouvoir s'exprimer verbalement, être écoutées et entendues malgré les difficultés de locution, la lenteur d'expression, les erreurs de vocabulaire, les mots qui échappent... Lorsque la capacité à s'exprimer verbalement s'efface, l'expression non verbale doit être observée et comprise. « Malgré les apparences, jamais la communication n'est rompue avec celui dont l'intelligence disparaît peu à peu. Elle ne passe peut-être plus par la parole, mais elle passe par les gestes et les comportements dont il faut apprendre à décoder le sens ».<sup>24</sup>

La vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat le goût même s'ils déclinent avec l'âge doivent être stimulés pour procurer du bien-être et permettre la réalisation d'activités innovantes, valorisantes et librement choisies.

B) Le besoin de sécurité et de d'appropriation de l'espace

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées doivent bénéficier d'un espace privé spacieux où chacun peut se retirer, se sentir « Chez soi » et qui privilégie le maintien des relations familiales.

L'environnement doit permettre d'alterner des moments calmes et des moments stimulants, proposer suffisamment de lumière et d'espaces pour déambuler, offrir une vue sur l'extérieur et donner un sentiment de sécurité physique, psychique, affective et matérielle.

---

<sup>23</sup> PLOTON L., 2005, *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon : Chronique Sociale, p. 115.

<sup>24</sup> *Prendre soin en humanité, une expérience à la résidence « Les grands jardins » à Montauban de Bretagne*, disponible sur <http://www.cec-formation.net>.



Les personnes seront encouragées à maintenir des liens avec l'extérieur tout en prenant en compte certains risques liés à l'évolution de la maladie.

La place respective des professionnels, des aidants et des bénévoles sera précisée et réglementée pour que la personne accueillie puisse authentifier les différents intervenants et leur donner sa confiance.

### C) Les besoins physiologiques et psychologiques.

Le recueil de l'histoire de vie doit permettre de repérer les rythmes de chaque personne accueillie et lui permettre de trouver plaisir et bien-être à manger, boire, dormir, être lavé et soigné, être dorloté et voir son corps mis en valeur.

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées perdent, souvent, la sensation de faim et peuvent souffrir, rapidement, de dénutrition. Celle-ci est un facteur d'aggravation de la dépendance et doit faire l'objet d'une surveillance. Le plaisir à manger et le repère des goûts de la personne accueillie sont les premiers remèdes à ce risque.

Les personnes seront invitées à avoir une activité « physique » et le cadre de vie permettra de déambuler en toute liberté de jour comme de nuit.

L'observation des modifications de comportements de la personne accueillie devra entraîner une recherche et une analyse de leurs causes et permettre d'envisager prévention et lutte contre la douleur. La douleur annihile les forces de vie de la personne et entraîne son isolement du monde extérieur.

Le droit à la liberté individuelle, dans le respect de la vie en collectivité et en tenant compte de la diminution de la perception des dangers, est inaliénable. La personne accueillie doit être incitée à prendre des décisions la concernant, même les plus minimes.

Le respect du rythme et des habitudes de vie antérieures de la personne accueillie doit être dénué de tout infantilisme ou âgisme afin que la personne accueillie conserve l'estime d'elle-même.

La personne accueillie pourra recevoir le soutien d'un psychologue pour l'aider à exprimer ses craintes, peurs et angoisses et sera confortée dans la prise en compte et l'écoute de celles-ci.

Notre structure ambitionne de répondre à l'ensemble de ces besoins en s'appuyant sur un projet personnalisé pour chaque personne accueillie. Elle s'appuiera sur son projet d'établissement. Elle s'entourera de professionnels formés à l'accompagnement des personnes âgées désorientées. Elle bénéficiera d'une conception architecturale chaleureuse et adaptée. Force d'innovations, elle s'inspirera, également, des expériences et approches déjà mises en œuvre et porteuses de bien-être pour les personnes accueillies et leur famille.

Les recommandations et les préconisations exprimées dans le Plan Alzheimer 2008-2012 et par l'ANESM en février 2009, le Plan Solidarité Grand Âge et le Schéma gérontologique de Loire-Atlantique seront nos guides pour mieux répondre à la singularité des personnes accueillies et insuffler à notre projet l'esprit de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

## **2 Des préconisations et des réponses législatives et politiques : une volonté de s'inscrire dans une réflexion éthique des modes d'accueil et des approches d'accompagnement**

Des efforts sont entrepris pour permettre aux « aînés » de bien vieillir, de vivre là où ils le désirent le plus longtemps possible et, enfin, d'avoir accès à des établissements spécialisés capables de les accueillir, de répondre à leurs besoins les plus divers notamment lorsqu'ils sont confrontés à une diminution d'autonomie.

### **2.1 Les préconisations législatives et politiques**

Le Plan Alzheimer 2008-2012 définit les grandes orientations nationales en matière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et le Conseil Général de Loire-Atlantique, conformément à la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, a élaboré et adopté un Schéma Gérontologique Départemental pour 2006-2010 qui s'articule avec le volet gérontologique du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et intègre les dispositions relatives à ce plan national.

Je me suis attachée à relever les dispositions concernant directement notre projet de création et qui lui donnent son sens et sa pertinence.

#### **2.1.1 Améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soin.**

Le diagnostic doit faire l'objet d'un dispositif d'information au patient et à sa famille et permettre la mise en œuvre d'un parcours de soins et d'un accompagnement social. Dans notre projet, l'accès à un diagnostic réalisé par un médecin spécialiste doit permettre d'individualiser la réponse en matière d'annonce du diagnostic notamment dans le choix du moment où la maladie doit être dévoilée à la personne concernée et à sa famille. Le diagnostic est la « porte d'entrée » d'un accompagnement dans la continuité tout au long de l'évolution de la maladie.

La Consultation mémoire est le lieu de ce diagnostic, de son annonce et de déclenchement du parcours de soins en étroite relation avec le malade, sa famille et le médecin traitant.

Un réseau se donne comme objectif de resserrer les liens entre domicile, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), hôpital et domicile et de nouer un partenariat de confiance indispensable pour que les patients passent plus facilement d'une structure à une autre.

Le Conseil Général de Loire-Atlantique réaffirme la présence et le rôle des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sur le territoire en tant que « lieu référence » du dispositif d'information et d'accompagnement des personnes âgées confrontées à des obligations d'orientation différente de leur trajectoire de vie. Il en fait l'animateur dynamique des réseaux.

### **2.1.2 Améliorer la qualité de vie des personnes accueillies en établissement.**

Inventer la maison de retraite de demain, ouverte sur la cité, en proximité du lieu d'habitation originel, offrant toute une palette de services de jour pour favoriser le maintien à domicile et faire en sorte que l'entrée en hébergement permanent soit mieux préparée.

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées compensent la diminution progressive de leur autonomie fonctionnelle, sociale et relationnelle par des modifications de leur comportement. Il convient de prendre en compte cette particularité, d'être vigilant à mobiliser les capacités préservées en personnalisant l'accompagnement tout en s'appuyant sur les éléments structurants de la vie collective.

Dans notre projet, chaque personne conserve une place de sujet à part entière et sa dignité est respectée de façon inconditionnelle. L'accompagnement préconisé répond à quatre principes fondamentaux : le principe d'humanité, de solidarité, d'équité, de justice et d'autonomie.

- A) Création ou identification au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les résidents souffrant de troubles comportementaux

La maladie peut faire apparaître l'apathie mais aussi l'agressivité, des comportements d'errance ou d'agitation qui nécessitent un accompagnement spécifique.

Cet accompagnement peut s'appuyer sur :

- Un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) fonctionnant la journée et destiné aux personnes ayant des troubles du comportement modérés. Il propose des activités sociales et thérapeutiques dans un environnement rassurant et permettant la déambulation.

Les personnes réintègrent leur chambre et l'espace commun en fin de journée.

- Une Unité d'Hébergement « Renforcée » (UHR) de 10 à 15 places comprenant les lieux d'animation et les lieux d'hébergement pour les personnes présentant des troubles du comportement importants.

Ces unités doivent bénéficier d'un aménagement architectural prothétique, chaleureux et sécurisant.

Nous avons choisi de dédier entièrement notre entité à l'accueil et l'hébergement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Elle s'apparente à un PASA car elle propose des activités et des soins adaptés mais en diffère car elle s'adresse aussi bien aux résidents de l'EHPAD qu'aux personnes venant de l'extérieur dans le cadre de l'Accueil De Jour.

Notre choix s'est construit à partir des rencontres avec les diverses expériences menées en Loire-Atlantique et dans la volonté de répondre spécifiquement à la singularité de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de sa famille.

B) Augmenter le nombre des personnels soignants, les professionnaliser et les accompagner

L'entrée en EHPAD survient de plus en plus tard et dans un état de dépendance avancé. Elle nécessite l'adaptation régulière de l'encadrement au degré de dépendance des résidents et préconise un ratio général d'encadrement tendant vers le 1 pour 1 pour les malades les plus dépendants.

Il convient de valoriser les compétences des professionnels et de développer les formations spécifiques.

Pour exemple, l'identification d'une fonction d'assistant en gérontologie qui se consacrera à l'accompagnement des malades en situation de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs. Le cœur de leur métier sera l'aide à la vie quotidienne, des techniques de soins spécifiques et la démarche de soins de soutien.

Le comportement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées désarçonne et interroge, souvent, les pratiques de soins des équipes professionnelles. Il est, ainsi, nécessaire de favoriser des temps de soutien et d'encadrement qui leur permettent d'exprimer leurs doutes, leurs lassitudes mais aussi leurs réussites et leurs idées d'amélioration de leurs pratiques.

Les enjeux sont d'améliorer l'accompagnement des personnes malades, de les soigner de façon adéquate, de renforcer l'aide régulière aux activités quotidiennes et de prévenir le risque d'épuisement du personnel.

Pour le moment, les Unités d'Accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées qui se sont créées au sein des EHPAD existants n'ont pas fait l'objet d'une dotation supplémentaire en matière de taux d'encadrement. J'ai pu constater cette réalité lors d'un stage effectué à la maison de retraite Saint Joseph à Nantes. Une unité spécifique s'est ouverte en septembre 2008 pour réunir 25 personnes, déjà accueillies dans l'EHPAD et atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Cette ouverture s'est faite à moyens constants en matière de personnels.

### C) Développer l'animation

L'animation participe au soin. Elle est essentielle au maintien des facultés physiques, psychiques, intellectuelles et relationnelles des résidents. « Il est recommandé de privilégier les activités ayant un sens pour les personnes, en lien avec leur histoire. En l'absence de communication verbale, l'équipe s'attache à repérer des signes non verbaux de plaisir, de bien-être ou de refus »<sup>25</sup>.

Elle nécessite une bonne connaissance de la désorientation et de ses conséquences pour qu'elle joue son rôle thérapeutique, qu'elle ne mette pas les personnes accueillies en situation d'échec et qu'elle induise le plaisir.

Lors d'une visite rendue à la maison de retraite « Les Bourgonnières » à Saint-Herblain, j'ai pu observer la volonté du personnel de mobiliser la participation des résidents aux tâches de la vie quotidienne (mettre la table, vider le lave-vaisselle, participer à la confection du repas, aider à faire son lit, ranger son linge...), d'inciter les résidents à rejoindre les espaces de vie collectifs et de tirer parti de tous les éléments de vie pour entamer une conversation, entonner une chanson connue, activer un souvenir...

L'Aide Médico Psychologique (AMP) animateur vient apporter son soutien pour des moments plus spécifiques et des activités plus ciblées et à visée thérapeutique.

La participation active n'est pas obligatoire et la simple observation ou présence peut procurer dérivatif et plaisir au résident. « Les objectifs et les bénéfices de ces interventions sont régulièrement réévalués et tracés dans le cadre du suivi et de l'actualisation du projet personnalisé »<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> ANESM, 2009, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. Paris, p. 25.

<sup>26</sup> ANESM, 2009, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Paris, février 2009, p. 25.

#### D) Développer une démarche qualité et une culture de l'évaluation

Rendues obligatoires par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la démarche qualité et l'évaluation doivent contribuer à l'amélioration et à l'adaptation constante des pratiques de soins et d'accompagnement. Elles incitent à l'aménagement de l'environnement au degré de dépendance des personnes et affirment l'obligation de Bientraitance du résident.

L'objectif à atteindre est d'assurer la continuité de l'accompagnement et le respect de la singularité de la personne accueillie tout au long de sa maladie.

### 2.1.3 Soutenir les aidants familiaux

L'ensemble des proches sont des acteurs de l'accompagnement et les aidants familiaux occupent une place particulière. Leur engagement dans l'aide à leur proche atteint par la maladie risque d'entraîner des conséquences sur leur santé et sur leur vie sociale. Le recours à une aide extérieure n'est jamais neutre et constitue une étape dans l'évolution de la relation affective avec leur proche qu'il convient d'accompagner en développant et intensifiant la création de structures de répit, en améliorant l'information, la sensibilisation, la préservation de leur santé, en leur accordant un statut.

#### A) Développer et intensifier la création de structures de répit

Il est urgent d'étoffer et de diversifier la palette de réponses de proximité. Les projets situés entre maintien à domicile et accueil en établissement doivent être encouragés, évalués et valorisés. L'augmentation du nombre de places en accueil de jour, en hébergement temporaire, en accueil de nuit et en accueil d'urgence constitue une priorité.

La diversité des réponses apportées par notre entité permet à la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée et à sa famille de se familiariser avec les lieux, les personnels, les services tout au long de l'accompagnement de l'évolution de la maladie et permet des passerelles vers un hébergement permanent plus réfléchi, apprivoisé et donc mieux accepté.

Il convient d'évaluer les dispositifs existants et de vérifier la bonne utilisation des places en hébergement temporaire. Trop souvent, pour des problèmes de rentabilité financière, de taux d'occupation et de longueur de liste d'attente, ces places se transforment en places d'hébergement permanent.

Il est nécessaire de favoriser la souplesse d'organisation des accueils de jour pour qu'ils s'adaptent, au plus proche, aux besoins des malades et de leur famille et de réfléchir à des modes de financement qui prennent en compte la grande fluctuation de la présence des personnes malades liée à leur grande fragilité.

Il faut soutenir les associations dans leur effort de créativité pour favoriser l'aide au répit des aidants (halte relais, réseau de bénévoles intervenants au domicile...). J'ai été sensible à l'expérimentation menée par l'EHPAD de Maromme en Seine-Maritime qui propose depuis 2008 « Parenthèse à domicile »<sup>27</sup>. Cette initiative s'inspire du « Baluchon Alzheimer » en vigueur au Québec et propose que des personnels formés s'installent à temps complet au domicile de la personne âgée très dépendante et offre aux aidants familiaux la possibilité de s'absenter et de prendre du répit.

#### B) Développer l'information, la sensibilisation, la formation et la prévention de la santé

Les familles confrontées à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ont besoin d'une information et d'une orientation de proximité afin de pouvoir s'adresser aux professionnels les plus proches et les plus à même des les aider lorsque le diagnostic doit être posé et l'accompagnement médical et social de la maladie décidé.

« Les besoins d'information généralement identifiés couvrent deux grands domaines : ce qui relève de la maladie, de sa progression et surtout, les conséquences pratiques au quotidien sur l'aidant et son entourage mais, aussi, les moyens permettant de maintenir les acquis. Ce qui relève de l'accompagnement au quotidien et les aides disponibles ».

La mise en place d'un numéro unique et d'un site Internet d'information et d'orientation locale garantissent l'anonymat et la confidentialité et permettent une première prise de contact. Ils ont pour objectifs prioritaires l'orientation, le conseil, l'information et la sensibilisation des familles confrontées à la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et désireuses d'en savoir plus.

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et leur famille ont besoin d'être entourées, reconnues, identifiées, rassurées et, au-delà d'une simple information de trouver des solutions concrètes d'organisation. La réponse ne peut être qu'individuelle, appréciée au cas par cas et en fonction du contexte local. La création des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) doit permettre d'évaluer la situation de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de sa famille, de proposer un dispositif d'aide et de faciliter la prise de décisions.

La Communauté Urbaine de Nantes a proposé un projet de MAIA qui n'a pas été retenu comme lieu d'expérimentation pour l'année 2009. Cependant une Maison des Aidants va voir le jour en septembre dans les locaux de l'Accueil De Jour « Pavillon Madeleine Julien » à Nantes. Les

---

<sup>27</sup> Actualités Sociales Hebdomadaires, *Intérim en famille*, Paris, n°2592 du 16 janvier 2009, p. 34.

personnes, qui aident un proche malade et qui souffrent, y seront écoutées par une psychologue de façon permanente du lundi au vendredi.

Le renforcement de la coordination entre tous les intervenants permet d'éviter les pratiques et les informations contraires. Il s'agit de favoriser un accompagnement pluridisciplinaire et de mettre en place un suivi commun du dossier médical et social dans le respect des spécificités de chacun des secteurs et au service de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de sa famille.

La promotion de modes de médiation entre aidants familiaux et professionnels s'impose pour éviter l'affrontement, trop fréquent, des uns et des autres. Les aidants peuvent se sentir dépossédés de la connaissance qu'ils ont des besoins de leur parent malade et les professionnels remis en cause dans leur savoir faire.

Les uns et les autres doivent s'allier pour un meilleur accompagnement de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Effacement de la mémoire, troubles du comportement, accès de violence, autant de symptômes que l'aidant familial ne connaît pas et ne peut anticiper. Il faut apporter aux aidants familiaux, des connaissances et des outils permettant la compréhension des difficultés de leur parent malade, l'adaptation de l'environnement immédiat pour un maintien prolongé des capacités cognitives nécessaires à la réalisation des actes du quotidien et un maintien de relations familiales harmonieuses.

La mise en place, en lien avec France Alzheimer et ses correspondants locaux, en ce qui nous concerne Alzheimer Loire-Atlantique, d'une formation de 2 jours vise à une meilleure connaissance de la maladie mais aussi des difficultés qu'elle engendre pour adapter son aide aux besoins de son proche malade.

Ces besoins vont de la nécessité de respecter les lenteurs de rythme, à ne pas mettre en échec et à valoriser les compétences et capacités du moment de leur proche.

La formation et l'information se doivent de préparer, le mieux possible, l'aidant familial à accompagner la fin de vie de son parent atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

L'identification, la valorisation, la professionnalisation et la reconnaissance des savoir-faire et savoir être développés et acquis tout au long de l'accompagnement du parent malade viennent faciliter le retour à l'activité professionnelle des aidants qui le souhaitent lorsque l'hébergement permanent est mis en place ou que le décès du parent malade survient.



Le plus souvent, les aidants familiaux ne prennent pas conscience ou essaient d'ignorer leur état d'épuisement. Les médecins de famille jouent un rôle important pour les alerter et souligner la lourdeur physique et morale de l'accompagnement au quotidien de leur proche malade.

Les structures d'aide au répit doivent sensibiliser, alerter et déculpabiliser les aidants familiaux sur leur extrême fatigue, leur dire leur droit au repos et les interpeller sur la nécessité d'un relais, d'une pause pour mieux, ensuite, continuer à accompagner leur parent malade.

Informers et sensibiliser le grand public afin que le regard sur la maladie change et que malade et aidant familial ne se sentent plus mis au banc de la société parce qu'ils font peur. Nous nous étonnions de ne pas accueillir lors de nos haltes relais à l'APAMA à Bouaye des habitants de cette commune atteints par la maladie. Récemment un couple de Bouaye nous a rejoint et nous a confié ne pas être venu plus tôt de peur de voir leurs relations avec les habitants de leur quartier modifiées notamment par la défiance ou pire la pitié.

#### **2.1.4 Maîtriser les coûts à la charge des personnes malades**

Il convient d'équilibrer l'offre en termes de prix de journée pour les personnes âgées et de veiller à l'existence de lits habilités à l'aide sociale. Il faut continuer l'effort soutenu d'investissement et de modernisation des établissements en veillant à peser le moins possible sur le prix payé par le résident.

En Loire-Atlantique, pour les travaux de création, d'extension et de restructuration, les investissements qui ont une incidence sur le fonctionnement et, ainsi, sur le prix de journée, peuvent faire l'objet d'une subvention. Dans la limite d'un coût plafond par lit de 67 219 €, le taux de subvention du Conseil Général pour une création d'établissement est de 25 % de la dépense subventionnable sous condition d'une participation communale ou inter communale de 20 %.

L'effort de financement du transport des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées vers les accueils de jour doit être intensifié. En effet, les aidants familiaux, pour la majorité d'entre eux les conjoints, sont également âgés et ils ne sont pas toujours en capacité de mener leur proche à l'accueil de jour. Cette difficulté liée au transport vient freiner le recours à l'Accueil De Jour lorsque celui-ci n'est pas implanté en proximité immédiate du domicile de la personne susceptible d'être accueillie.

L'ensemble de ces préconisations politiques a pour but d'affirmer la persistance de la personne humaine en toutes circonstances même les plus dégradées et de favoriser l'émergence d'une réflexion éthique sur la pertinence des modes d'accueil et d'accompagnement.

## 2.2 Une réflexion éthique sur les modes d'accueil et d'accompagnement

« La maladie d'Alzheimer enlève progressivement à la personne malade sa capacité de penser et de s'exprimer et sa capacité à prendre soin d'elle-même. La maladie transforme en profondeur la vie de celui qui en souffre et de sa famille. »<sup>28</sup>

Elle rend les personnes vulnérables et place les familles et les professionnels devant de nombreuses décisions difficiles à prendre. Ces aidants formels et informels s'efforcent de respecter au mieux le choix et les souhaits de la personne malade.

### 2.2.1 Questionnement autour de l'intégration-ségrégation

Une injonction paradoxale est faite aux établissements : protéger le corps social du spectacle dégradant d'esprits et de corps déchus tout en respectant les droits et libertés fondamentaux de personnes qui, en dépit de leurs déficiences, demeurent des citoyens.

Cette double contrainte est génératrice de frustrations et de souffrances pour les professionnels, de culpabilité et d'agressivité envers les soignants pour les familles.

Certains professionnels plaident pour la spécialisation de l'accueil et de l'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées. Ceux-ci seraient alors adaptés, permettraient d'éviter l'intolérance et les remarques des autres résidents qui font souffrir les malades.

Georges CAUSSANEL est le précurseur de cette spécialisation en créant, en 1977, un Centre d'Animation Tirée d'Occupations Utiles (CANTOU) dédié à l'accueil et l'accompagnement de personnes psychologiquement dépendantes.

D'autres dénoncent, au contraire, le risque d'exclusion et de ghettoïsation et militent pour ne pas créer d'unités spécifiques Alzheimer au sein des établissements. Si elles ne répondent qu'aux comportements qui dérangent, les unités de vie spécifiques courent le risque de ne plus être que des lieux d'exclusion, se réduisant, de manière caricaturale à un espace de déambulation et à un digicode.

La plupart des acteurs s'accordent à penser que la prise en charge de la désorientation doit être spécifique car, dès que le nombre de personnes désorientées est important ou que les troubles du

---

<sup>28</sup> Direction Générale de la santé, France-Alzheimer, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé, 2007, *Alzheimer, l'éthique en question*, Introduction de Messieurs Les Ministres Philippe BAS et Xavier BERTRAND, Paris : Concept santé, 63 p.

comportement sont trop sévères, elle ne peut se faire qu'avec difficulté au sein d'espaces hébergeant d'autres personnes qu'elles perturbent.

Cet accompagnement spécifique doit s'appuyer sur un projet de vie et un projet de soins adaptés et sur un personnel formé. La recherche du confort et de la qualité de vie demeurent l'objectif essentiel.

Il s'agit donc ni d'exclure ni de créer un ghetto mais de mettre en œuvre des projets à échelle humaine, à l'écoute de la spécificité des besoins et des attentes des personnes atteintes de troubles cognitifs.

La Maison de Retraite Saint-Joseph à Nantes a fait le choix de créer une unité spécifique au sein de son établissement et m'a accueillie en stage au sein de celle-ci. *Cette institution, très ancienne puisqu'elle a reçu son premier « résident » en 1829, accueille, aujourd'hui, 190 personnes âgées de plus de 60 ans. Jusqu'en 2007, les résidents sont accueillis au sein d'une des 4 unités qui constituent la Maison de Retraite sans distinction de leur niveau d'autonomie ni de leur pathologie. Cependant dès 2001, le Directeur s'interroge, avec ses équipes, sur la manière de répondre aux besoins très spécifiques de plus en plus de résidents désorientés. Il est urgent de prendre en compte les difficultés que rencontre le personnel dans l'accompagnement de ces résidents, d'écouter la souffrance des proches et d'entendre les plaintes des autres résidents affectés, troublés et dérangés par les troubles du comportement de certains de ces résidents désorientés.*

*Un comité de réflexion est mis en place en 2002. Il est constitué du Président du Conseil d'Administration, du Directeur, de la Cadre de Santé en charge du Pôle Soins et d'une équipe de trois soignants volontaires et motivés. Un travail est initié et accompagné par un organisme de formation nantais spécialisé dans le travail social et médico-social.*

*Ce travail permet une mise en place progressive d'un autre accompagnement des résidents désorientés notamment par leur accueil en journée dans un lieu dédié et pour des activités spécifiques avec un retour dans leur unité d'hébergement le soir. Dans le même temps, information et discussion s'instaurent avec les familles de ces résidents désorientés pour recueillir leurs impressions et leurs désirs concernant le projet de vie de leur proche.*

*L'unité spécifique d'hébergement a ouvert « ses portes » en septembre. Elle accueille 25 résidents tous hébergés depuis plusieurs années à la Maison de Retraite et dont l'état nécessite cette spécificité d'accompagnement. Ce changement a été expliqué et préparé longuement par les familles et le personnel en étroite collaboration et en essayant, autant que possible d'obtenir l'adhésion du résident pressenti à ce changement.*

*L'équipe de professionnels est constituée de volontaires qui ont tous accepté de se former à la désorientation et qui ont tous participé à l'écriture du Projet d'accompagnement de cette unité.*

*Lors de ma venue en novembre, tous les repères n'étaient pas encore créés mais les professionnels et les familles reconnaissent unanimement la nouvelle sérénité qui anime l'ensemble des résidents accueillis et la diminution des troubles du comportement. Les personnes se reconnaissent entre elles et s'acceptent avec leurs difficultés. Des affinités se sont déjà créées ou perdurent malgré le changement de service et certains résidents ont retrouvé une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.*

La Résidence Le Parc de Diane à Nantes a, elle, fait le choix de dédier son établissement à l'accueil de personnes âgées désorientées. *Cette résidence, privée et à but lucratif, accueille 80 résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée. Ce choix est guidé par la volonté d'accompagner la singularité de la personne accueillie dans un cadre sécurisé et adapté, en présence d'un personnel averti et formé à l'accompagnement de la désorientation et dans un souci de soutien et d'accueil des proches.*

*Les résidents sont accueillis dans 4 unités identiques dans leur architecture et la composition du personnel. Le personnel est dédié à une unité pour faciliter son identification par les résidents et leur famille. Les résidents des 4 unités se retrouvent pour les repas pris au restaurant collectif et pour des activités communes.*

*Les avantages de ces établissements dédiés se déclinent en : une identification de la spécificité de l'établissement qui permet aux familles de se côtoyer sans craindre le regard de l'autre, de recruter un personnel volontaire puisque averti et d'accompagner des troubles du comportement non tolérés ailleurs.*

*Il convient cependant d'accompagner fortement les professionnels sous peine de les voir s'épuiser et parfois renoncer.*

Nous souhaitons répondre à la nécessaire spécificité de l'accompagnement de la personne âgée désorientée et de sa famille et nous sommes convaincus que leur dédier une entité permettra la mise en œuvre et la continuité de cet accompagnement dans toutes les étapes de vie leur restant à venir et dans le respect de leur singularité.

### **2.2.2 Question « Clé » : comment concilier sécurité et liberté ?**

La liberté d'aller et venir dans les établissements médico-sociaux est un droit inaliénable mentionné dans la Charte des droits des Personnes Agées Dépendantes. Il faut réussir à concilier deux principes apparemment opposés : la liberté et la sécurité. La situation de chaque personne accueillie et non sa pathologie doit être examinée et il faut s'attacher à apporter une réponse individuelle à sa vulnérabilité éventuelle.

« Les professionnels mèneront une réflexion éthique sur le niveau de risque acceptable et les conditions dans lesquelles ils peuvent assurer, pour chaque personne accueillie, un bon équilibre entre liberté de circuler et sécurité.<sup>29</sup> »

#### A) Sécuriser et rendre agréable l'environnement

La conception architecturale et des aides techniques adaptées ont un impact direct sur le degré de liberté des personnes désorientées. La structure générale du bâtiment et certains détails techniques comme les couleurs des sols et des portes peuvent contribuer à la conciliation des deux objectifs : offrir une liberté maximale tout en assurant la sécurité des résidents.

Tout doit être fait pour tenter de pallier les déficits cognitifs qui entraînent des difficultés d'orientation dans l'espace et le temps. Les systèmes de signalétiques ou de colorations différenciées par étage ou par zone peuvent être utiles pour corriger la banalisation de l'espace.

Pour certains malades, les sols sombres et les contrastes des revêtements de sols posent de grosses difficultés. Ils interprètent le changement de tonalité comme un vide et ils ont peur de tomber dans un gouffre. Il est donc préférable d'éviter ces revêtements. Il faut favoriser un éclairage naturel qui permette l'alternance entre l'obscurité et la lumière, la première induisant la répulsion et la seconde l'attraction.

Cet éclairage alternatif contribue ainsi à l'orientation et à la délimitation naturelle des espaces réservés aux personnes malades sans intervention de système de fermeture matérielle. La déambulation peut ainsi se faire de manière autonome et sans danger et sera rendue attractive par la diversification des parcours et des ambiances (parcours intérieur de déambulation, jardins intérieurs et extérieurs...).

Un personnel suffisant, diversifié et formé, la mobilisation et la responsabilisation de la famille et de l'entourage, la facilitation de l'intervention de bénévoles sont autant de moyens humains permettant la sécurisation de l'environnement et le maintien des espaces de liberté. L'objectif est de créer une ambiance domestique où l'intimité a sa place malgré la vie en collectivité.

L'organisation des soins et du fonctionnement de l'établissement doit permettre au résident de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement respectant, au plus près, ses modes de vie

---

<sup>29</sup> ANESM, 2009, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Paris, février 2009, p. 23.

antérieurs et ses habitudes (adaptation des horaires de repas, de lever et de coucher, liberté de visite et de sorties pour quelques heures ou quelques jours ...).

B) Préserver puis adapter la liberté d'aller et venir

« La notion de liberté d'aller et venir du résident ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de déplacement mais aussi le droit de prendre des décisions lui-même et la possibilité de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'il a choisi ». <sup>30</sup>

La préservation de la liberté d'aller et venir doit se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de préconisation générale.

La balance entre les risques réellement encourus par la liberté d'aller et venir dans et hors de l'établissement et les risques d'aggravation de l'état de santé liés au confinement, doit être évaluée, discutée avec la famille et l'entourage et régulièrement réévaluée et étayée par des faits de mise en danger de la personne malade ou d'autrui.

Chaque fois qu'est envisagée une restriction de la liberté d'aller et venir, elle doit, dans la mesure du possible, être discutée avec la personne malade et consentie par elle-même si elle n'en est pas à l'initiative. Il s'agit de lui permettre des choix et des risques qui doivent être acceptés par l'entourage et les professionnels. Cette restriction doit rester exceptionnelle et fait l'objet d'une transmission formalisée dans le dossier personnalisé.

« Le recours à une contention physique ou à l'usage de médicaments psychotropes ne peut se faire que sur prescription médicale, conformément aux recommandations professionnelles en vigueur et font l'objet d'un protocole précis abordant, entre autres, les mesures de surveillance et de réévaluation. <sup>31</sup> »

A son admission, le résident doit être informé sur les conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir dans et hors l'établissement et sur les restrictions liées aux contraintes de la sécurité et de la vie en collectivité. « Il est recommandé que les dispositions du règlement de fonctionnement et les

---

<sup>30</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANAES), 2004, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et sécurité*, disponible sur le site : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) (rubrique : Publications), 24 et 25 novembre 2004.

<sup>31</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANAES), 2004, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et sécurité*, disponible sur le site : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) (rubrique : Publications), 24 et 25 novembre 2004.

règles de vie collective ne privilégient pas une approche globalisante qui irait à l'encontre de la personnalisation et de la liberté individuelle d'aller et venir<sup>32</sup>.»

Mon attention s'est trouvée attirée par un article paru dans le quotidien « Ouest-France », le jeudi 26 décembre 2008 et qui relatait l'accueil en « espace ouvert » de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée expérimenté par la Maison de retraite « La Bourgonnière » sise à Saint-Herblain.

*J'ai rencontré le directeur de cet établissement, pour faire plus ample connaissance avec la conception d'accompagnement impulsée par son établissement. Depuis un an, la maison de retraite accueille 14 personnes atteintes de troubles cognitifs, type maladie d'Alzheimer ou apparentée. Désorientés, les résidents vivent ici dans un espace ouvert, toute fermeture « à clé » est proscrite. L'idée a été travaillée avec un médecin psychiatre spécialisé en gériatrie et les équipes soignantes (toutes volontaires pour exercer leur métier dans cet espace de vie).*

*Cette philosophie de travail pluridisciplinaire nécessite un grand investissement du personnel en raison des besoins permanents des résidents, de la multiplication des tâches et de la gestion du stress. Ils sont régulièrement soutenus pour évoquer les difficultés rencontrées dans leur travail.*

*Les résidents vivent à leur rythme, « comme chez soi » et des sorties collectives accompagnées notamment par un réseau de bénévoles formés et signataires d'une charte d'intervention sont régulièrement organisées (ont déjà eu lieu : visite de la galerie « Atlantis », promenade en Brière et bientôt la piscine).*

*L'attention de tous les instants de l'ensemble du personnel et des intervenants extérieurs ainsi que la qualité du relationnel sont soutenues par la conception architecturale du bâtiment. L'espace de vie est dessiné avec un cœur d'activité au centre du bâtiment auquel on accède par des couloirs dotés de puits de lumière. Les sols des couloirs et des chambres de même couleur invitent à suivre le chemin tandis que les seuils vers la sortie, de couleur sombre indiquent la différence de repère et suffisent à faire renoncer à leur franchissement.*

*Depuis un an, aucune « fugue » n'a été constatée et les résidents semblent avoir gagné en autonomie, en confiance et en sérénité.*

---

<sup>32</sup> ANESM, 2009, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Paris, février 2009, p.24.

### 2.2.3 La diversité des modes d'accompagnement

« Il s'agit de prendre soin et non de prendre en charge avec toute la notion de fardeau et de poids que cela suppose ».<sup>33</sup>

Il faut souligner le caractère multi disciplinaire de l'accompagnement, la nécessité d'une coordination, le rôle central du médecin, l'importance de la formation et du soutien de l'aidant formel ou informel.

L'accompagnement cherche à améliorer la qualité de vie des patients et des aidants, à prévenir les situations de crise et préparer à l'institutionnalisation lorsqu'il faut y recourir. Pour répondre à ces exigences, il doit être individualisé et mis en place de la façon la plus précoce possible.

#### A) Prise en charge médicamenteuse.

Il n'existe, actuellement, pas de traitement curatif de la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, différentes solutions ont été développées pour retarder l'évolution de la maladie, soulager et améliorer l'état global des personnes malades.

Le traitement reste un traitement symptomatique des troubles et vise à ralentir la perte d'autonomie. Certains médicaments comme les psychotropes sont utilisés pour agir sur les troubles de l'humeur et du comportement, l'agressivité ou le délire. D'autres, permettent d'atténuer les troubles cognitifs.

« Le nombre de personnes qui reçoivent un traitement spécifique est largement inférieur au nombre de personnes diagnostiquées parce que ces traitements sont indiqués seulement pour les formes démentielles légères ou modérées.<sup>34</sup>»

#### B) Prises en charge non médicamenteuses.

« Toutes les conceptions et attitudes qui conduisent à ne s'occuper des patients âgés qu'en fonction de leurs besoins physiologiques, sans prendre en compte leurs besoins relationnels, affectifs et spirituels, en d'autres termes à traiter l'individu exclusivement comme un corps, induisent en retour des réactions centrées sur le même mode. L'individu tend à rester au niveau des besoins qu'on lui prête et auxquels on répond. Traiter un vieux comme un corps est le meilleur

---

<sup>33</sup> Fondation Roi Baudouin, 2007, « Où vivre entouré ? » *L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs*, Namur : Les éditions namuroises.

<sup>34</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2001, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer. L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 32.



moyen de l'amener à ne plus communiquer que par son corps, en favorisant ainsi les somatisations, autrement dit la survenue des maladies. »<sup>35</sup>

Un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute...) peut être recommandé pour stimuler la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, l'aider à sauvegarder ses capacités verbales et motrices restantes et retarder l'évolution des troubles. Lorsque la stimulation devient plus difficile, le rôle de cette équipe pluridisciplinaire est d'adapter l'environnement au handicap pour ne pas mettre la personne en situation d'échec.

Lorsque, dans les phases avancées de la maladie, ces moyens s'avèrent inefficaces, d'autres équipes et intervenants professionnels « proposent une approche plus humaniste, centrée au premier plan sur la personne en tant qu'être sensible, inscrit dans une histoire et dans une trajectoire de vie.<sup>36</sup>»

Les accompagnements préconisés visent à soulager la personne, à privilégier la qualité de vie et se fondent sur des principes :

- **D'autonomie** : la progressivité des pertes chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées indique qu'il lui reste toujours une part de capacité décisionnelle qui s'exerce à travers les actes de la vie de tous les jours.
- **De liberté** : elle implique d'accepter qu'on ne peut protéger une personne contre son gré et qu'on ne peut l'empêcher de prendre des risques.
- **De sécurité** : l'absence de danger doit être recherchée pour toute personne qui en perd la notion tout en la conciliant avec les notions de liberté et de risque.
- **D'individualisation** : une réponse personnelle et appropriée doit être apportée à chaque personne malade. Elle requiert souplesse et adaptation et une connaissance, la plus complète possible, de l'histoire de vie de chaque personne.
- **De continuité** : c'est le maintien des repères, des rituels de vie et d'un cadre architectural proche de tous les jours.

---

<sup>35</sup> PELISSIER J., 2003, *La nuit tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, Paris : Bibliophane Daniel RADFORD, p. 29.

<sup>36</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2001, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer. L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 36.

- **De considération** : c'est regarder les personnes, communiquer avec elles, les accompagner en tant qu'adultes dignes de respect. C'est aller au-delà des déficiences et « considérer d'abord le grand âge comme une somme d'acquis au lieu de l'associer à une représentation massive de manques et de pertes. »<sup>37</sup>

C'est frapper avant d'entrer dans la chambre du malade, se présenter avant de commencer un acte de soins, expliquer cet acte et demander son accord...

- **D'empathie** : il s'agit de s'efforcer de connaître et de comprendre la personne dont on prend soin et d'envisager ce qu'elle peut ressentir si elle ne peut nous dire ce qu'elle-même ressent.
- **De tolérance** : c'est accepter la manifestation de certains symptômes qui peuvent être dérangeants.

Ces principes inspirent plusieurs approches d'accompagnement qui se veulent différentes mais souvent interdépendantes. Les approches psycho-cognitives et psychosociales visent à faire retrouver des pensées et des gestes perdus par des exercices spécifiques. Elles tirent leurs références de la méthode de la validation créée par Naomie FEIL et de la Réminiscence.

Les approches sensorielles ont, elles, pour objectif de rechercher des formes de communication par les sens, principalement l'odorat et le toucher. Elles s'inspirent de l'Humanitude prônée par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI.

### C) Les approches psycho-cognitives et psychosociales

Les déficits cognitifs sont très hétérogènes, certains sont affectés par la maladie, d'autres sont épargnés. Certains facteurs optimisent la performance cognitive notamment la mise en évidence des aptitudes préservées, l'aménagement de l'environnement, l'utilisation de supports physiques...

Il est indispensable de résister à l'envie de faire à la place de la personne malade (sous couvert de son confort) pour privilégier l'aide à faire qui permet à celle-ci de prolonger son autonomie et la valorise.

---

<sup>37</sup> AMYOT J.-J., MOLLIER A., 2002, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées dépendantes*, Paris : Dunod, p. 54.

## - **La méthode de la validation**

« Valider, c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. Valider, c'est dire à quelqu'un que ce qu'il ressent est vrai. Ne pas reconnaître ses émotions revient à nier l'individu. »<sup>38</sup>

C'est aussi inciter la personne âgée dépendante à redonner du sens à sa vie, à soigner son image, à faire entendre son expression verbale et non verbale et à s'autoriser à éprouver du bien-être. C'est l'aider à résoudre des conflits non réglés du passé et ainsi réduire le stress, prévenir le repli sur soi et le glissement vers un état végétatif.

Pour introduire la validation dans ses pratiques professionnelles il convient d'accepter la personne telle qu'elle est et de lui accorder de la valeur notamment et surtout lorsqu'elle est désorientée.

La mémoire récente leur faisant défaut, les personnes désorientées font appel aux souvenirs anciens pour retrouver leur équilibre notamment lorsque la réalité présente devient insupportable, qu'elle est amplifiée par des déficits sensoriels et qu'elle rappelle, à l'heure des bilans que de nombreuses tâches demeurent inachevées.

Tout comportement a un sens sous-jacent, les sentiments douloureux s'apaisent lorsqu'ils sont reconnus et validés, ils gagnent en intensité lorsqu'ils sont ignorés ou réprimés.

L'empathie constitue la clé de voûte pour emboîter le pas d'un autre être humain et exercer la validation. Il faut accepter de ne pas porter de jugement, de laisser libre cours à l'expression de toutes les émotions et leur reconnaître une valeur d'apaisement. Il convient de refuser le recours aux contentions physique ou chimique, de susciter plus de motivations et de plaisir à travailler au sein du personnel soignant et d'aider les aidants familiaux à communiquer avec leurs proches désorientés.

Elle peut s'exercer de manière individuelle ou en groupe. En groupe, elle nécessite d'associer des personnes pouvant s'apprécier. La collaboration entre le personnel soignant et la personne exerçant la validation doit être étroite pour que chaque « événement » soit retranscrit aux uns et aux autres.

- **Retrouver les gestes du quotidien** : la rééducation des gestes vise à maintenir l'autonomie fonctionnelle et la communication non verbale. L'adoption de règles de vie pratique et le respect des usages de la personne pour l'habillement, la toilette, l'alimentation, la lutte contre

---

<sup>38</sup> FEIL N., 2005, *Validation, pour une vieillesse pleine de sagesse*, Rueil- Malmaison : Lamarre, p. 5.

l'incontinence permettent de prévenir les troubles du comportement fréquemment observés au cours de ces activités.

Pour aider à retrouver un certain nombre de gestes anciens, beaucoup d'établissements disposent d'une cuisine thérapeutique.

Les CANTOUS sont les premiers à s'être servis des activités et des gestes de la vie quotidienne pour conserver les repères et maintenir, le plus longtemps possible, l'autonomie de la personne accueillie.

- **Stimuler la mémoire et se souvenir** : les thérapies par évocation du passé sont parmi les plus développées. Elles font appel aux souvenirs anciens qui sont plus longtemps préservés que la mémoire récente. Evoquer des souvenirs permet aux patients, entre autres, une valorisation de leurs capacités restantes.

Les ateliers mémoire font appel à différents supports : photographies, objets d'époque, musique, enregistrements familiaux...

- **Rééduquer l'orientation** : la répétition d'informations vise à améliorer la compréhension de celles-ci par la personne accueillie et l'aide à se réorienter dans le temps. Tous les soignants doivent respecter des consignes adaptées à chaque patient pour lui permettre de se remémorer le jour, la date, le lieu ou l'identité et la qualité des personnes qui l'entourent.

L'architecture, la lumière, la décoration et la signalétique peuvent contribuer à cette thérapie.

- **Encourager l'activité motrice** : l'inactivité affaiblit la personne, il faut favoriser l'activité physique et faciliter la déambulation. Ces exercices quotidiens peuvent améliorer la cognition, les aptitudes fonctionnelles et limiter les troubles du comportement.

La possibilité de déambuler, en veillant à éviter l'épuisement, représente une liberté réelle pour le malade et toute contrainte à cette liberté augmente les comportements agressifs et les fugues.

#### D) Les approches sensorielles

Elles s'inspirent des principes de l'Humanitude et reposent sur le « PRENDRE SOIN ». Elles impliquent un changement de regard sur le patient et de nouvelles techniques respectueuses de l'intimité, de l'intégrité et de la dignité du patient. Elles sont portées par le « VIVRE ET MOURIR DEBOUT ».

« Le premier objectif du Prendre Soins consiste à rassurer les personnes, à entrer en relation avec elles et à procéder au soin de la manière la plus apaisante possible ». <sup>39</sup> Il s'appuie sur la capture sensorielle posée par la persistance de la mémoire émotionnelle des personnes et mobilisée par le regard, la parole et le toucher.

Le « Prendre Soins » ne se fait pas sur des déficits mais sur les ressources et les capacités de la personne.

C'est le regard que l'on pose sur la vie, les personnes et sur nous-mêmes qui va orienter nos gestes, nos émotions, nos états internes et notre communication. Les effets de ce regard sont particulièrement amplifiés quand il est posé sur des personnes qui ont perdu, en grande partie, la sécurité et la stabilité de leur propre regard sur elles-mêmes et sur ce qui les entoure.

Ainsi, différentes thérapies s'appuient sur le fait que lorsque les modes de communication habituels, largement centrés sur la parole et la vue, sont déficients, les autres sens, en particulier le toucher et l'odorat, peuvent être mobilisés.

Je citerai, entre autres :

- **La lumphothérapie** : c'est une pratique développée dans les pays nordiques où pour lutter contre les dépressions liées aux journées très courtes de l'hiver, on place dans certains lieux publics, en l'occurrence dans un lieu aménagé de l'établissement, des panneaux lumineux de très forte intensité qui offrent des « bains de lumière ».

Plus que des panneaux lumineux, l'association « Le Chardon bleu » privilégie une architecture qui fait une large place à la lumière par le nombre de ses ouvertures et son orientation.

- **L'aromathérapie** : l'odorat est un agent efficace de stimulation mémorielle et de bien-être. Il est très évocateur car il est relié à la région de notre cerveau responsable de la mémoire. L'enjeu du jardin thérapeutique prend tout son sens, il offre aux personnes désorientées un espace extérieur adapté, accessible à tous en sécurité et permet une stimulation multi-sensorielle : vue, odorat, ouïe et toucher.

La présence d'une cuisine thérapeutique joue le même rôle et vient rajouter aux odeurs le plaisir du goût.

---

<sup>39</sup> GINESTE Y., PELISSIER J., 2007, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris : Armand Colin, p. 264-265.

- **Art-thérapie et musicothérapie** : stimuler les capacités créatrices permet de favoriser le dépassement des difficultés personnelles par l'expression subjective de soi (peinture, sculpture, modelage, découpage...).

Le chant est souvent utilisé car il fait travailler la mémoire auditive et porte une charge émotionnelle forte du temps passé. Il a pour vertu, également, de rassembler les personnes.

- **La zoothérapie** : le contact avec les animaux domestiques (essentiellement les chiens) permet une communication en lien avec le toucher, elle répond au besoin essentiel d'être touché et caressé. Sa dimension affective est fondamentale.

J'ai assisté, lors de mon stage à la maison de retraite Saint-Joseph à une séance animée par une jeune femme accompagnée de ses deux chiens Bixie et Golden. Il faut veiller à ce que les personnes participantes n'éprouvent pas de craintes ou de réticences à toucher les animaux ou à « subir », bien que contrôlés, leurs assauts. Les premières appréhensions évanouies, les différents jeux organisés autour de ces animaux font reflourir les sourires sur les visages, réactivent les souvenirs et le vocabulaire et raniment les sens.

La ferme pédagogique du « Chardon Bleu » fait cohabiter poules, lapins et chevaux et chacun peut soit par l'observation éloignée, soit par le soin prodigué permettre l'expression de sa dimension affective.

- **Le concept « SNOEZELEN »** : il est né aux Pays-Bas dans les années 1970 à l'initiative de deux psychologues. Il consiste en la mise en éveil des sensations physiques.

Ces espaces confortables et rassurants sont propices à la stimulation des cinq sens en combinant musique, jeux de lumière, vibrations, sensations tactiles et olfactives. Ils deviennent un lieu de convivialité, d'écoute et de respect mutuel et redonnent de l'importance à des choses simples.

Lors de ma visite à la Maison de retraite « Les Bourgonnières » à Saint-Herblain, j'ai pu échanger sur les bienfaits apportés par cet espace présent dans cet établissement. La première expression de ceux-ci étant l'approche individuelle et l'absence de recherche de résultat. L'activité est centrée sur la notion de plaisir, de bien-être et de sérénité.

Toutes ces approches sont à la fois individuelles et collectives, elles sont des moyens d'accompagnement de la personne malade et requièrent de s'adapter à elle. Elles imposent de s'intéresser aux capacités, aux divers modes de communication dont la personne dispose encore plutôt qu'à ses pertes ou dysfonctionnements. Elles nécessitent une disponibilité, une communication sincère et adaptée, une proximité chaleureuse et l'expression des émotions de chacun. Elles induisent information, formation et apprentissage de techniques spécifiques.

### **3 Projet de création d'un espace dédié à l'accueil de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et leur famille.**

Notre projet, dans lequel je me positionne comme future directrice, s'inscrit dans les préconisations du Plan Alzheimer 2008-2012 et entre dans le cadre de l'application de l'arrêté EHPAD du 27 avril 1999 qui définit les recommandations visant à garantir la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Il tient compte des différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM.

Nous avons pour objectif de lutter contre la perte d'autonomie, de favoriser la sociabilité et l'appropriation de la structure par le résident. Nous nous engageons à ce que notre projet devienne un lieu de vie adapté à l'accompagnement des résidents âgés désorientés et que les termes de prévention et soins soient définis par une obligation de Bientraitance.

#### **3.1 Définition d'objectifs et de moyens ancrés dans la philosophie, les valeurs et la déontologie de l'association « Le Chardon bleu »**

Fondée sur des orientations profondément humanistes, l'association met en avant des principes d'hospitalité, d'écoute, de respect de la personne et de la famille.

Elle reconnaît en toute personne âgée, quel que soit son âge, ses croyances, son mode et son lieu de vie, sa perte éventuelle d'autonomie ou son handicap, une personne unique et singulière, citoyenne. Elle a le droit (selon son besoin exprimé) d'être accueillie, écoutée, renseignée, orientée, éventuellement accompagnée dans ses démarches par un personnel compétent et respectueux en toute confidentialité, objectivité, et neutralité.

Son objet est d'apporter son aide aux familles et aux personnes âgées dépendantes et désorientées et d'inscrire l'accompagnement dans une continuité de parcours, de la première prise de contact aux derniers jours de la vie. Pour atteindre cet objectif, elle s'attelle à la création puis à la construction d'un pôle dédié qui prend pour nom « Les Edelweiss de la Coutancière » et est constitué :

- D'un EHPAD dédié à l'accueil de personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, d'une capacité de 56 lits dont 2 d'hébergement temporaire permettant la mise en œuvre d'un projet personnalisé fondé sur l'histoire et les souhaits des personnes accueillies et adapté à leurs capacités.

Cet EHPAD disposera également :

- D'une consultation médicale spécialisée dont l'objectif est de contribuer à la prévention et au diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Elle sera exercée par un praticien spécialiste extérieur et soutenue par une convention de partenariat avec le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) de l'hôpital BELLIER (CHU de Nantes).
- D'un Service de soutien aux aidants familiaux dont l'objectif est de permettre le soutien et le répit de ceux-ci. Il prendra la forme de groupes de paroles, sera animé par une équipe pluridisciplinaire et dispensera, également, formation et information.
- D'un Accueil de Jour pouvant accueillir 12 personnes et dont l'objectif est de soutenir un maintien à domicile de qualité des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de permettre le répit des aidants familiaux.

Notre structure devra être un lieu d'accueil permettant la mise en œuvre et la continuité de l'accompagnement de la singularité de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de sa famille dans toutes les étapes de vie restant à venir. Elle aura vocation à demander sa labellisation en tant que Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Notre projet s'inscrit dans les priorités du Schéma Gérontologique Départemental de Loire-Atlantique qui fait état d'un manque de structures d'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées sur l'ensemble de la Communauté Urbaine de Nantes.<sup>40</sup>

Il met en œuvre le respect des droits et libertés des usagers inscrits dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et en délivre les outils : livret d'accueil, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Règlement de fonctionnement, Contrat de séjour, Recours à une personne qualifiée, Conseil de la vie sociale.

L'association se réfère à « La recommandation de bonnes pratiques professionnelles : *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* publiée par l'ANESM en février 2009.

Pour vous présenter le plan d'action mis en œuvre, je reprends les idées fortes du Plan Alzheimer qui ont retenu notre attention, guidé notre réflexion et aidé à construire notre projet dans le respect de la singularité de la personne accueillie et de sa famille et dans la continuité de son histoire.

---

<sup>40</sup> Etat des lieux des structures existantes sur le territoire visé en annexe 2.



### **3.2 Un diagnostic qui permette à « chacun, de mesurer les changements vécus et futurs, de mieux vivre le présent et d'envisager l'avenir »<sup>41</sup>**

Actuellement, le diagnostic de la maladie est souvent tardif et les pratiques, des soignants comme celles des familles, en matière d'annonce du diagnostic à la personne atteinte s'avèrent très diversifiées. Elles s'articulent autour de dits et de non dits.

Parfois :

- La maladie est diagnostiquée, révélée à la famille et celle-ci s'oppose à l'information à la personne malade.
- Sans diagnostic avéré mais seulement imposé par la vulgarisation de la maladie au travers de la maladie, la personne se croit atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille s'en persuade également.
- La maladie est diagnostiquée et l'annonce en est faite à la personne malade et sa famille.

Mon souhait est qu'à l'aide d'une consultation médicale spécialisée et d'un réseau de partenaires, le diagnostic fasse l'objet d'une véritable concertation et permette l'inscription de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de sa famille dans une continuité de parcours respectant leur singularité.

#### **3.2.1 Notre consultation médicale spécialisée : porte d'entrée pour continuer à vivre malgré la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées**

Elle se tiendra dans un espace dédié à l'intérieur de l'EHPAD et disposera d'une entrée indépendante. Un praticien spécialisé, non salarié mais lié par une convention avec le CMRR de l'hôpital BELLIER (CHU de Nantes) accueillera, principalement, les personnes résidant sur le territoire d'intervention de notre structure et permettra une réduction de la liste d'attente de la Consultation Mémoire de l'hôpital BELLIER. La convention déterminera les protocoles d'intervention et de diagnostic.

Le praticien spécialisé intervenant dans notre consultation spécialisée sera soumis à notre règlement de fonctionnement et devra respecter les valeurs qui guident notre accompagnement. Il est, ainsi, souhaitable de rechercher le moment où la personne et sa famille sont en capacité de

---

<sup>41</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : pistes de réflexion et d'actions*, Paris, p. 57.

recevoir le diagnostic, de s'inscrire dans une logique de soins et d'adhérer à un nouveau mode de vie adapté à l'évolution de la maladie. Il s'appuiera sur :

Le Code de déontologie médicale (article 35) : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans le cas où l'affection dont il est atteint expose le tiers à un risque de contamination ».

L'Agence Nationale d'Accréditation en Santé : « L'annonce du diagnostic ne pourra se faire qu'en temps opportun et dans le cadre d'un projet thérapeutique incluant le patient et sa famille ».

Il s'inclura dans la pratique de réseau impulsée par notre association gestionnaire et animée par moi-même et l'ensemble du personnel. Il aura une attention toute particulière quant aux relations entretenues avec le médecin traitant de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de sa famille.

### **3.2.2 Un principe fondamental : le partenariat**

L'association, depuis sa création, agit en consultant les acteurs locaux et travaille dans leur complémentarité.

L'EHPAD sera construit sur un terrain de 2 hectares jouxtant le site d'implantation des deux Foyers d'Accueil Médicalisé déjà existants. Il s'inscrit dans leur continuité architecturale et s'ouvre sur leur fonctionnement et logistique.

Un partenariat privilégié s'établira donc entre l'EHPAD et ces deux établissements fait de partage des valeurs, de l'expérience et d'une mutualisation de certains moyens.

#### **A) Un partenariat de prédilection entre l'EHPAD et les 2 Foyers d'Accueil Médicalisé**

Notre projet s'inscrit dans un partage des valeurs qui sont présentes au sein du « Chardon bleu » et du « Chardon blanc » :

Le respect de la dignité et de l'identité de la personne est formalisé par la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, la Charte des Droits et libertés de la personne âgée dépendante et un règlement de fonctionnement.

La préservation des liens familiaux est essentielle et les familles sont incitées à participer au Conseil de la Vie Sociale et à la vie de la structure.

L'accompagnement de fin de vie respecte les volontés de la personne malade et de sa famille et est formalisé dans le projet d'établissement.

Les savoir-faire et savoir être acquis en matière d'accompagnement de personnes handicapées mentales et ayant des troubles du comportement sont, en permanence, développés, actualisés et professionnalisés.

L'association « Le Chardon Bleu » a démontré sa capacité à assurer une gestion financière saine de ses deux établissements.

Ce partage des valeurs permettra la mise en œuvre d'une coopération entre les trois établissements notamment pour la mise en valeur d'un site géographique alliant nature et proximité avec le centre ville et dans une complémentarité des activités proposées.

#### B) Le partenariat avec les acteurs locaux

La Mairie de la Chapelle sur Erdre s'est, récemment, penchée sur les besoins et attentes des retraités de sa commune et, lors d'une rencontre, Monsieur le Maire s'est déclaré fortement intéressé et enclin à soutenir notre projet et à le diffuser sur l'ensemble du territoire d'intervention de celui-ci.

Le Centre Communal d'Action Sociale, en l'absence du rattachement de la Chapelle sur Erdre à un CLIC, est un lieu privilégié d'information et de repérage des personnes en difficulté. Notre projet ouvrira un espace de collaboration avec les travailleurs sociaux notamment dans l'élaboration d'un projet d'accompagnement de la personne malade et de sa famille tout au long de l'avancée de la maladie et de l'évolution de ses besoins.

Les CLIC « Loire et Erdre » et « Erdre et Gesvres » confirment le manque de places d'hébergement permanent, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. Ils intégreront notre structure dans leur palette de moyens d'information, d'accueil et d'hébergement mis à disposition de leur public, dès son ouverture. Les CLIC sont également à la recherche de structures pouvant accueillir, ponctuellement, des conférences délivrées par des professionnels (prévention des chutes, lutte contre l'isolement...) ainsi que l'organisation d'ateliers spécifiques et temporaires de soutien à la mémoire. Notre structure se prête à cet échange.

Trois établissements d'accueil de personnes âgées sont implantés sur la commune de la Chapelle sur Erdre, je les ai tous rencontrés, accompagnée du Président de l'association, pour leur présenter notre projet et introduire des principes de cohabitation et d'échange :

La maison de retraite « Le Ploreau » vient d'obtenir un agrément pour l'ouverture d'un CANTOU de 12 places qui couvrira ses propres besoins d'accueil de personnes désorientées. Je souhaite mettre en place des relations permettant des échanges de bonnes pratiques professionnelles

(actions de formation en commun, échanges sur nos pratiques professionnelles, organisation de rencontres professionnelles à thèmes...) et une ouverture de nos usagers vers l'extérieur (rencontres festives de nos usagers dans nos établissements respectifs).

La maison de retraite et le Foyer d'hébergement « Bel air » et La résidence services « L'Orée du Plessis » n'accueillent pas de personnes désorientées et sont favorables à l'ouverture d'un établissement augmentant la possibilité pour leurs usagers accueillis et devenus dépendants de rester sur leur commune d'attachement. Des passerelles sont à inventer pour faciliter le passage de ces personnes d'un établissement à un autre.

Cinq associations d'aide à domicile interviennent sur le territoire (ADAR, ADT, Agir ensemble pour bien vivre, AGAD et Nurse Alliance). Des partenariats sont à nouer, une rencontre a déjà eu lieu avec l'ADAR qui propose une prestation d'aide aux répités des aidants familiaux. Ces services sont un maillon incontournable du maintien à domicile.

Les aides à domicile sont les premières à pouvoir inciter puis convaincre les personnes de briser leur isolement social et de se rendre dans des lieux qui peuvent leur apporter réconfort, information et partage de vécus et de difficultés. Elles peuvent également alerter du danger que court la personne à rester dans son domicile et aider celle-ci à accepter son départ vers un lieu d'hébergement.

Notre projet permettra la continuité d'intervention de l'aide à domicile dans l'établissement lorsque la personne malade ou sa famille le souhaite pour des missions d'aide aux gestes de la vie quotidienne et d'accompagnement à la vie sociale.

L'accompagnement à l'exercice d'une citoyenneté et d'une vie sociale des personnes accueillies s'appuiera sur les nombreuses associations que compte la Chapelle sur Erdre. Elles proposent un panel important de manifestations culturelles et sportives. Notre structure s'efforcera d'être un relais de ces attractions extérieures en informant les personnes et leur famille des lieux et dates, en adaptant la décoration et les repas à des manifestations très représentatives de la vie de la Commune (rendez-vous d'automne par exemple).

Des contacts privilégiés sont à nouer avec la programmation de la salle « Capellia » et le club Amitiés et Loisirs qui organisent activités et manifestations auprès des personnes âgées.

Une adhésion est prise à l'Association Loire Alzheimer Atlantique et les usagers fréquentant notre structure seront incités à recourir aux services de celle-ci pour multiplier les sources de soutien, d'information et d'échanges.

Nos prestations se complètent. Les haltes-relais organisées par l'association Loire Alzheimer Atlantique constituent une première étape de resocialisation des personnes malades et de leurs

familles. Les bénévoles, très nombreux et formés, peuvent apporter une aide ponctuelle dans l'organisation des activités d'animation et participer au répit des aidants familiaux.

L'intervention des bénévoles sera soumise au respect de notre règlement de fonctionnement et fera l'objet d'une charte et d'un contrat entre notre structure et chaque bénévole désireux d'offrir ses services. Ceci dans un souci de délimiter le rôle de chacun et de respecter la liberté de nos résidents et de leur famille à faire appel à eux.

Un abonnement à la lettre d'information mensuelle nationale et internationale éditée par la Fondation Médéric Alzheimer permettra de mettre à disposition des professionnels et des familles un outil de connaissances des dernières avancées et préconisations en matière de traitement médical et social de la maladie. Notre structure sera attentive à s'informer pour, éventuellement, se positionner sur des appels à projets susceptibles d'aider à créer et valoriser notre projet.

Au regard de la Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique, notre structure engagera un partenariat avec l'Hospitalisation A Domicile (HAD), les médecins traitants et les acteurs médico-sociaux.

Une procédure sera rédigée afin de déterminer les actions à mener en cas d'urgence. Dans ce cadre, une convention sera établie avec le Service d'Urgence du CHU de Nantes.

Le diagnostic est, souvent, un soulagement pour la famille car elle peut mettre des mots sur des maux mais à ce soulagement succède, rapidement, l'angoisse des conséquences à venir sur les années à vivre. Notre consultation médicale spécialisée lorsqu'elle accueille une nouvelle personne malade doit permettre à sa famille de s'inscrire dans une trajectoire d'aide, dans un espace de paroles et dans une nouvelle approche de sa vie à venir.

### **3.3 Des espaces de répit et de paroles pour la famille qui permettent la continuité du lien affectif et le soulagement de la souffrance**

« Les dégradations successives de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée sont vécues par l'entourage comme le deuil d'un proche pas encore mort <sup>42</sup> ». Les familles parlent peu de leurs difficultés, elles ont peur d'être incomprises, elles se sentent marginalisées et isolées.

---

<sup>42</sup> Fondation Mederic Alzheimer, 2001, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : l'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir*, Paris, p. 48.

Notre projet de pôle dédié veut prendre en compte cette dimension familiale de la souffrance et permettre à chacune, la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée et sa famille, de continuer à vivre et de s'inscrire dans une relation de confiance avec les professionnels.

### **3.3.1 Notre service de soutien aux aidants : un espace de paroles, de rencontres, d'information pour faire le point, partager, s'identifier et mieux comprendre**

L'écoute des témoignages des autres participants aide à prendre du recul. Le groupe devient un moyen de sortir de la situation d'enfermement dans laquelle la famille a tendance à s'enliser.

Suite à la consultation médicale spécialisée, la famille sera invitée à s'inscrire dans un groupe constitué de 10 à 12 personnes pour un programme d'écoute, de soutien et d'information.

Le groupe est invité à rencontrer l'équipe de professionnels (Cadre infirmier, infirmier, psychologue, médecins spécialisés...) lors de 8 séances se déroulant sur 4 mois.

Ces séances ont pour objectifs : la connaissance d'autres aidants familiaux vivant des situations similaires à la leur. Une meilleure compréhension de la maladie d'Alzheimer pour mieux communiquer avec son proche malade, le stimuler, savoir reconnaître et gérer les troubles du comportement, aménager le logement et organiser la vie quotidienne au domicile.

La pluridisciplinarité des professionnels intervenant auprès des aidants familiaux, permettra à ceux-ci de se familiariser avec l'ensemble des interlocuteurs qui gravitent autour de la personne malade et de leur donner, petit à petit leur confiance.

L'accompagnement des proches malades, pendant le déroulement de ces groupes de paroles, pourra se faire au sein de l'accueil de jour ou en sollicitant les services d'aide à domicile et les bénévoles formés.

### **3.3.2 Un hébergement temporaire et un accueil de jour pour s'accorder le droit de souffler**

Notre accueil de jour se veut respectueux du rythme des personnes accueillies et organisera des activités qui tiennent compte des capacités, des habitudes et des préférences individuelles. Cet accueil en journée pourra être relayé par un hébergement temporaire pour permettre à l'aidant familial de s'absenter plus longuement de son domicile, de se faire soigner si le besoin existe, de se rassurer sur la qualité de l'hébergement et de l'accompagnement proposés par notre structure.

Nous travaillerons avec la famille sur le transport le plus adéquat à mettre en place pour le confort de la personne accueillie, pour tenir compte des contraintes de la famille et de la prise en charge financière accordée par la DDASS.

La pertinence de l'existence d'un pôle dédié s'exerce là dans le sens où ces accueils sont destinés aux personnes en début de maladie. C'est pourquoi, lors de la consultation médicale spécialisée, le rôle du médecin sera de développer l'information pour les proposer aux familles avant que celles-ci ne soient épuisées.

Des habitudes de fréquentation et de relations s'étant instaurées, l'hébergement permanent de la personne accueillie, lorsqu'il s'avèrera nécessaire, sera, peut-être moins douloureux.

### **3.4 Un projet d'établissement qui promeut la meilleure qualité de vie possible aux personnes accueillies**

Notre structure reprend siennes les recommandations de bonnes pratiques professionnelles rédigées par l'ANESM et s'engage à respecter les principes d'humanité et de dignité, de solidarité, d'équité et de justice et d'autonomie.

Nos pratiques professionnelles, l'architecture et l'organisation de notre structure permettront d'exercer une vigilance concernant les modifications de comportement des personnes accueillies et d'accorder une attention particulière à leur compréhension pour leur apporter une réponse avisée et en accord avec l'expression de la personne accueillie.

Nous nous appuyerons sur les éléments structurants de la vie collective et sur une sollicitation adaptée à chaque personne accueillie pour « qu'une démarche continue de prévention guide la réflexion et l'action pour accompagner la singularité de chaque personne accueillie »<sup>43</sup>.

Ce projet d'établissement se veut être un document fondateur, guide de notre conception de l'accompagnement et qui permette à la structure de définir, à partir des valeurs qu'elle défend, sa stratégie pour les années à venir, les objectifs et les moyens et actions à mettre en œuvre pour s'acquitter de sa mission dans le respect de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

La mission se déclinant comme telle : accompagner la personne âgée dépendante atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée dans le respect de sa dignité et de sa qualité d'humain à part entière et ce jusqu'à la fin de sa vie.

Ce projet s'articule autour de 4 axes : un projet de vie, un projet du « Prendre soin », un projet social et un projet architectural.

---

<sup>43</sup> ANESM, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Paris, p. 9.

Il se devra d'être évalué rapidement pour vérifier son adéquation aux besoins des personnes accueillies et faire l'objet d'une nouvelle rédaction après consultation des personnels, des résidents et de leurs familles et représentants légaux.

### **3.4.1 Accueillir la personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée quelle que soit l'avancée de sa maladie**

Nous accueillerons des personnes souvent très âgées, dont le diagnostic d'atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparentée est posé. Elles investissent la structure pour se tracer un chemin jusqu'au bout de leur vie.

Nous avons défini un accueil et un accompagnement adaptés à chaque stade de la maladie, qui permettent la cohabitation des personnes accueillies et évitent la création de « ghetto » à l'intérieur de l'établissement.

Les différents services proposés par ce pôle dédié (consultation médicale spécialisée, accueil de jour, hébergement temporaire et hébergement permanent) permettent une adaptation progressive de la personne accueillie et de sa famille à l'idée de séparation.

En accueil de jour et en hébergement temporaire, les personnes accueillies présentent un stade initial de la maladie. Elles peuvent manquer de motivation ou perdre toute initiative, avoir du mal à donner des précisions, à parler, à se repérer dans le temps...

L'objectif est la stabilisation des troubles de la personne accueillie, la stimulation des capacités permettant la continuité de la vie à domicile et le répit des aidants familiaux. Nous accueillerons donc les personnes susceptibles de voir leur état se stabiliser voire s'améliorer et en capacité de rester à domicile sans se mettre en danger et nous prendrons en compte les désirs et l'épuisement de l'aidant familial. La seule limite posée à l'accueil est la présence de troubles du comportement incompatibles avec la vie en collectivité.

La maladie évoluant, les troubles deviennent plus évidents et donc plus gênants. Ces troubles entraînent une incapacité à vivre seul et constituent pour les aidants formels une source d'épuisement. L'entrée en institution s'avère alors inéluctable et elle doit permettre une stabilisation de l'état des personnes accueillies, une diminution des troubles du comportement, le répit des aidants formels et, ainsi, le rétablissement d'un lien affectif plus serein.

Les personnes accueillies peuvent présenter des stades différents de la maladie : certaines personnes conservent, à leur entrée dans l'EHPAD, une capacité de mobilité et de possibilité d'effectuer, accompagnés, quelques gestes de la vie quotidienne notamment se nourrir et se vêtir mais qui, pour la plupart d'entre elles, déambulent beaucoup. D'autres, ne disposent que d'une mobilité réduite et circulent en fauteuil roulant.



A terme, notre EHPAD ayant fait le choix d'accompagner les personnes accueillies jusqu'au bout de leur vie, celles-ci peuvent être confinées au lit.

La singularité des personnes accueillies impose d'identifier les besoins, de repérer les potentialités, les vulnérabilités et les risques spécifiques pour chacune d'entre elles et « de graduer les réponses au regard des besoins tout en veillant au projet global de la structure<sup>44</sup> ».

### **3.4.2 Un projet de vie qui permette la reconstruction d'un « chez soi »**

Le plus souvent l'entrée en établissement d'hébergement n'est plus un choix mais est rendue obligatoire par la conjugaison de la baisse des capacités cognitives et les difficultés de comportement qui rendent impossible voire dangereux le maintien à domicile de la personne.

Il est indispensable de s'en souvenir car il nous appartient de créer les conditions de ce « chez soi » quitté tout en tenant compte des contraintes imposées par la vie en collectivité et qui supposent la reconnaissance des droits et des devoirs de chacun.

#### A) L'importance de la préparation à l'admission et du premier accueil

L'entrée en institution, en hébergement temporaire ou Accueil De Jour puis hébergement permanent, représente toujours un moment difficile pour la personne malade et son entourage dans l'évolution de la maladie. L'accompagnement est particulièrement utile durant cette période de transition.

La rédaction de notre livret d'accueil établit une cartographie précise des lieux et un inventaire rigoureux des prestations, accompagnements et interventions délivrées afin de permettre une information objective sur la gamme des services mis à la disposition de la personne accueillie et de sa famille. Elle souligne la volonté de progression et de continuité de l'accompagnement tout au long de la maladie que nous souhaitons mettre en œuvre.

L'accueil se décline en plusieurs étapes, répond à des objectifs bien précis et relève de procédures et de moyens établis :

La demande de renseignement téléphonique ou sur place doit faire l'objet d'un traitement bienveillant et pertinent. Il est l'occasion de présenter ou d'envoyer le livret d'accueil pour permettre à la personne de prendre connaissance de la situation géographique de la structure, des

---

<sup>44</sup> ANESM, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Paris, p.12.

services proposés, des pathologies prises en compte, du prix de journée et des frais de séjour... Elle permet de proposer un rendez-vous pour une visite.

La première prise de contact doit s'efforcer d'établir un climat de confiance pour faciliter les relations futures. La visite s'effectue en compagnie d'un membre de la direction réceptif à la perception des inquiétudes et appréhensions de la personne à accueillir et de sa famille.

Un temps de réflexion doit toujours être proposé avant d'envisager une démarche de préinscription.

La préinscription est le moment de vérifier l'adhésion de la personne à accueillir à son entrée dans la structure lors d'un entretien avec la direction et le médecin coordonnateur. Cet entretien permet de recueillir les renseignements administratifs et médicaux indispensables au traitement du dossier de la personne à accueillir mais surtout de s'enquérir de l'environnement, des habitudes de vie et de l'histoire de la personne à accueillir et de sa famille. Le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement sont présentés lors de cet entretien et confiés pour relecture.

La préinscription permet d'inscrire le passage de la personne à accueillir en commission d'admission.

L'inscription est l'occasion d'un entretien avec la direction et le médecin psychiatre ou le psychologue. Cet entretien permet de s'assurer de la volonté renouvelée de la personne à accueillir à son entrée dans la structure, de réaliser les formalités d'inscription, de permettre une transmission du dossier médical, de déterminer la date et les formalités d'entrée dans la structure.

L'entrée dans la structure doit permettre à la personne accueillie de se sentir attendue et déjà reconnue. Elle fait connaissance avec son référent et prend le temps, avec l'aide de son entourage, d'aménager son espace intime avant de réaliser les formalités administratives de son entrée (signature du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement). Un temps sera aménagé pour faciliter la séparation.

Pour les personnes accueillies en hébergement temporaire, il conviendra de s'assurer qu'elles savent pourquoi elles viennent et pour combien de temps.

Pour les personnes accueillies en Accueil de jour, l'accueil renouvelé tous les jours nécessite la prise en compte des événements de la nuit ou des derniers jours précédant la venue de celles-ci. Si la personne accueillie est conduite à l'Accueil de jour par un membre de sa famille, nous devons pouvoir répondre à ses sollicitations et lui permettre de laisser son parent en toute confiance.

L'Accueil de Jour, l'Hébergement Temporaire et l'Hébergement Permanent feront l'objet de la mise en place d'une période d'essai. A l'issue de celle-ci, si l'adhésion de la personne malade et de sa

famille au service proposé se confirme, un contrat de séjour, élaboré avec la participation de la personne malade et de sa famille, définira les objectifs et la nature de l'accompagnement proposé. Il respectera les principes déontologiques et éthiques, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les énoncés du projet d'établissement.

B) Un projet personnalisé qui permette une intégration adaptée et évolutive dans la vie de la structure

Notre structure a pour vocation d'offrir la meilleure qualité de vie possible. Elle s'engage à ce que chaque personne accueillie conserve une place d'acteur à part entière de sa vie et que son histoire, sa dignité, son intégrité, son intimité et sa liberté d'aller et venir soient respectées de façon inconditionnelle. Cette vocation nécessite une implication directe de la famille, une connaissance rapide de l'histoire de vie et des habitudes ainsi qu'une évaluation très précise des potentiels de la personne à l'entrée dans l'établissement.

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire intervenant, souvent, à des moments où la maladie n'est pas encore totalement acceptée ni reconnue dans son évolution défavorable, une attention toute particulière sera portée à la dimension affective des relations familiales pour apaiser la culpabilité de l'aidant familial et le sentiment d'abandon de la personne accueillie.

La démarche du projet personnalisé, qui sera proposé dans les délais les plus courts après l'accueil de la personne dans la structure, se réfère au principe de la bientraitance. Celle-ci « trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée ». <sup>45</sup>

La bientraitance implique que le projet personnalisé résulte d'une démarche de construction associant la personne accueillie, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire. Elle impose le respect des règles élémentaires de politesse (aucune personne accueillie ne pourra être tutoyée), l'utilisation de moyens de communication verbaux et non verbaux, une attention bienveillante et empathique, la prise en compte de la vie émotionnelle et affective, la liberté de déambuler jour et nuit, la liberté de culte...

La prévention de la maltraitance est un principe mais si, malgré tout elle survient, elle fera l'objet d'un signalement et d'une sanction selon une procédure établie.

---

<sup>45</sup> Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médicosociaux, 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Paris, p. 14.

Pour que la bienveillance s'exerce, il nous faut énoncer des principes, définir des objectifs et déterminer des moyens :

Chaque usager ainsi que sa famille doit pouvoir s'appuyer, dans la structure, sur un référent bien identifié qui devient dépositaire de la mémoire de son histoire et de ses habitudes de vie et veille au respect de son projet personnalisé.

La qualité des prestations hôtelières permet à la personne accueillie de s'approprier « un chez soi », de conserver son identité, son plaisir à manger et de partager des moments de vie. Des menus adaptés aux habitudes culturelles, aux goûts, aux capacités fonctionnelles et aux besoins nutritionnels seront proposés. L'apport de mobilier, effets et biens personnels sera encouragé.

L'accompagnement de l'autonomie nécessite de proposer des choix accessibles qui ne mettent pas la personne en état d'échec et qui valorisent ses potentiels. Il implique une évaluation régulière des capacités de la personne et une adaptation du projet de vie individualisé en fonction de celle-ci. L'animation et les activités proposées tiennent compte de l'histoire et des goûts de la personne accueillie et tout en participant à la préservation de l'autonomie doivent procurer du plaisir.

La continuité des liens familiaux est encouragée. Il convient de permettre à l'entourage de prendre une place dans la vie de la structure, d'instaurer une relation de confiance entre les professionnels et la famille et de faciliter la communication entre la personne accueillie et sa famille (à ce titre la nomination d'un référent pour chaque personne accueillie permet l'individualisation du lien).

L'incitation à la participation au Conseil de la Vie Sociale, l'organisation d'activités festives et de sorties extérieures, la liberté des horaires de visite, la formation de groupes de paroles et d'espaces de rencontre viennent enrichir l'accès à la vie sociale des personnes accueillies, permettent un accueil convivial des familles et les invitent à la solidarité et l'échange.

L'accompagnement de la fin de vie devient un moment de vie partagé dans la structure. Les professionnels, formés et respectueux du protocole établi, accompagnent la personne dans le respect de sa dignité et de ses vœux. Ils soutiennent la famille et favorisent sa présence auprès de son proche.

Le projet personnalisé s'inscrit dans une vie collective et un règlement de fonctionnement est porté à la connaissance de la personne malade et de sa famille. Leur adhésion est recherchée.

Le règlement de fonctionnement est en cohérence avec le droit commun et la charte du droit et des libertés de la personne accueillie en accord avec la loi 2002-2. Le règlement de fonctionnement sera revu tous les 5 ans. Il indique les principales modalités concrètes d'exercice des droits énoncés au Code de l'Action Sociale et des Familles (art.311-3) et à l'article 2, relatif au règlement de fonctionnement, ainsi que les modalités d'association de l'usager, de sa famille ou de

son représentant légal à la vie de l'établissement. Il décline les règles de vie communes et obligations dans l'Institution au travers des droits des usagers.

Le projet personnalisé validé en réunion pluridisciplinaire peut définir certains aménagements. Il informe du recours possible à une personne qualifiée, si cela s'impose, pour aider la personne accueillie à faire valoir ses droits. Il s'impose à l'ensemble des personnes intervenant dans la structure.

Le projet personnalisé de la personne accueillie, bâti à partir de son histoire, doit trouver son prolongement dans un projet de soins qui prennent en compte les désirs, les émotions et les sensations de celle-ci.

### **3.4.3 Un projet de soins qui respecte l'identité de la personne accueillie et qui est porteur de sens**

Notre projet de soins s'inscrit dans les principes d'humanité portés par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI et se définit par le « PRENDRE SOIN ».

PRENDRE SOIN c'est assurer une prestation de soins de qualité et bien traitante, permettre l'accompagnement psychologique des résidents, des familles et des professionnels et par l'animation donner du sens à la vie en EHPAD. Les soins doivent avoir pour but de mettre plus de vie dans la vie et non de la confisquer.

- A) Une organisation des soins qui permette l'observation et la compréhension de l'expression de la personne accueillie

L'évaluation de la souffrance, des symptômes et des besoins est particulièrement difficile chez la personne âgée atteinte de troubles de la communication verbale et la douleur s'exprime sur un mode psychologique ou comportemental. Il convient donc d'être attentif à tout changement de comportement du résident pouvant révéler un syndrome douloureux.

Prendre soin des résidents, veiller à leur sécurité, maintenir pour chacun l'autonomie possible et la dignité impliquent une alliance et des procédures identifiées et respectées de tous les acteurs de l'accompagnement. La notion d'équipe prend toute sa force, chacun joue un rôle, il doit être identifié, défini et évalué, les délégations règlementées et les moments de transmission mis à profit pour assurer une bonne coordination. L'équipe est pluridisciplinaire et peut faire appel aux ressources extérieures.

Le projet de soins est élaboré avec la personne âgée dépendante dans la mesure de sa capacité, sa famille et le réseau de soins existant avant l'entrée en EHPAD. Il tient compte des besoins fondamentaux et plus spécifiques du malade et est réévalué régulièrement pour prévenir les

nouveaux risques encourus par le résident dans l'avancée de sa maladie. Il tient compte des choix du résident de maintenir des relations de soins avec son médecin de famille et d'autres intervenants médicaux et paramédicaux.

Un recueil de données concernant les croyances, la spiritualité, les attentes de la personne en termes de fin de vie, les propres deuils, les peurs et les plaisirs du résident, sera transmis à l'équipe professionnelle avant l'admission de celui-ci dans l'établissement.

De la même façon que le référent veille au respect du projet de vie de la personne accueillie, il s'assure du suivi du projet de soins et de son évolution.

Le projet de soins s'appuie sur un dossier de soins qui permet l'accès, à tout moment et en confiance, aux informations médicales qui concernent la personne accueillie ainsi que la transcription de tous les éléments nouveaux donnés lors des transmissions. Il doit être le seul document auquel se référer, tous les acteurs de la prise en charge doivent le renseigner. Il sera informatisé.

Un travail sera effectué pour élaborer des protocoles qui garantissent de bonnes pratiques professionnelles notamment en matière de prévention de différents risques (fortes chaleurs,, chutes, escarres, dénutrition...), qui favorisent la régularité et permettent la même interprétation par chaque soignant.

Une procédure sera établie afin de déterminer les actions à mener en cas d'urgence. (Convention avec le CHU).

Nous nous rapprocherons du réseau RESPAVIE pour garantir le droit des personnes accueillies dont l'état le requiert à l'accès aux soins palliatifs<sup>46</sup> et à un accompagnement qui permette le soulagement de leur douleur, l'apaisement de leur souffrance psychique, la préservation de leur dignité et le soutien de leur entourage.

B) Un accompagnement psychologique qui entende la difficile compréhension et acceptabilité de la maladie d'Alzheimer ou apparentée

La maladie d'Alzheimer touche un grand nombre de patients mais aussi, par répercussion l'entourage et les soignants. Notre structure s'attachera les services d'un psychologue qui accompagnera les personnes accueillies, leur famille, la direction et le personnel.

---

<sup>46</sup> Loi du 9 juin 1999.

La persistance d'une vie affective et émotionnelle demeure chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée et, ce, même à un stade avancé de l'évolution. Repérer les émotions, observer les comportements du résident et prendre en compte son histoire de vie permet d'entretenir la relation et la vie.

Le psychologue interviendra à la demande du résident, de son entourage ou du personnel soignant et sera un appui à des moments cruciaux tels l'entrée dans l'établissement, les moments d'angoisses du résident, l'accompagnement de fin de vie.

Un jour, la personne accueillie ne reconnaîtra plus sa famille et celle-ci devra être aidée pour échanger avec lui dans une nouvelle dimension émotionnelle. Il s'agit de les rassurer sur le fait que leur parent est encore une personne à part entière et que l'on peut échanger avec elle dans une densité émotionnelle.

Le psychologue interviendra à la demande de la famille et le plus souvent à des moments authentifiés tels : l'entrée en institution porteuse de sentiment de culpabilité et d'abandon, l'avancée dans la maladie cause de disparition de la relation verbale et de la perte d'identité, les périodes de crise génératrices d'agressivité, de délires et obsessions et la fin de vie.

Il est nécessaire de programmer des temps pour permettre aux professionnels de réfléchir sur leurs propres pratiques et émotions. Ces temps permettent de décharger leur fardeau émotionnel et de partager leurs difficultés mutuelles, leurs pratiques et leurs ressentis. « Le soignant, comme un voyageur, doit pouvoir s'arrêter, sortir une carte et faire le point sur le chemin parcouru et les directions à prendre, faute de quoi il s'expose à s'épuiser et à tourner en rond ».<sup>47</sup>

- C) Un accompagnement à la vie quotidienne et une animation qui s'appuient sur les ressources et les capacités de la personne accueillie

Les personnes accueillies aux Foyers d'Accueil Médicalisé et d'Hébergement du « Chardon bleu » ne sont pas des personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et leur pathologie s'est avérée présente dès leur naissance et leur histoire de vie inscrite en lien avec cette pathologie. Cette différence fait que la comparaison entre ces deux populations serait inappropriée voire dangereuse. Cependant, l'accompagnement préconisé et pratiqué par les équipes professionnelles en place se reconnaît dans les approches psycho-cognitives, psychosociales et sensorielles. Elles mettent la personne accueillie au centre de son accompagnement, le plus possible en position d'acteur et privilégient l'approche identitaire et

---

<sup>47</sup> PLOTON L., 2005, *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon : Chronique sociale, 250 p.

individuelle. Ainsi, chaque personne accueillie au « Chardon Bleu » a son prénom, son nom et sa photo inscrits à la porte de sa chambre. Les activités, les départs en week-end ou vacances sont affichés et sont compréhensibles par tous grâce aux supports photos, images et représentations graphiques...

L'animation est « l'affaire de tous » en ce sens qu'elle fait appel à la bonne connaissance de l'histoire et des habitudes de la personne accueillie pour que, dans tous les moments d'exercice d'actes de la vie quotidienne (toilette, prise des repas, moments de repos...) le respect des rites et rythmes puisse procurer un moment de plaisir et de mobilisation des capacités préservées et la poursuite de l'estime de soi.

Les activités proposées visent à retarder les effets de la maladie, à soulager la personne, à privilégier la qualité de vie et se fondent sur des principes de liberté, de sécurité, d'autonomie, d'individualisation, de continuité, de tolérance et d'empathie. Les personnes accueillies participent, à leur mesure, aux tâches de la vie quotidienne et trouvent valorisation dans l'aide apportée aux professionnels (aller chercher les chariots en cuisine et les amener en salle de restauration, amener le linge sale en lingerie, participer à l'entretien des espaces verts...).

L'alternative entre aider ou faire à la place de, est au centre du questionnement sur l'accompagnement de la personne âgée dépendante hébergée en établissement. Nous continuerons à porter les valeurs de la Validation créée par Naomie FEIL. Nous reconnaissons la personne en tant qu'individu, nous acceptons ses émotions et sa recherche d'équilibre. Nous utiliserons l'empathie pour se brancher sur le monde intérieur de la personne accueillie et ainsi construire la confiance.

Nous serons aidés dans notre tâche par un environnement adapté, ainsi chaque unité sera équipée d'une cuisine thérapeutique qui sera utilisée dans la réappropriation de gestes du quotidien domestique, mobilisera l'odorat, le goût et permettra de retrouver des saveurs anciennes. Des repas et une décoration à thème viendront rythmer les saisons et les événements annuels et constitueront des marques de repères dans le temps.

La conception architecturale de l'établissement, s'est attaché à aménager des espaces de déambulation sécurisés et chaleureux. La lumière, la décoration et la signalétique contribueront à faciliter l'orientation et les repères dans le temps.

Notre établissement est implanté dans un cadre de verdure qui favorise la stimulation des sens. Plusieurs Jardins thérapeutiques offriront aux résidents désorientés un espace extérieur adapté, accessible à tous en toute sécurité. Le fait de sortir oblige à marcher et mobilise la vue, l'odorat, l'ouïe et le toucher. La ferme pédagogique permet le contact avec les animaux et peut permettre le partage de certaines activités avec les résidents des Foyers d'Accueil Médicalisé. L'activité « animalière » pourra être relayée par une animation canine spécialisée et ponctuelle.



Le projet architectural de l'EHPAD prévoit une grande pièce d'animation qui pourra accueillir des spectacles, concerts, débats ouverts à l'ensemble des usagers du site et de leurs familles. La chorale initiée par « le Chardon bleu et le Chardon Blanc » pourra s'allier avec quelques « têtes blanches » de l'EHPAD pour pouvoir, lors de la fête annuelle réunissant les résidents et leur famille, offrir un concert qui met en lumière à la fois l'intensité du travail accompli mais aussi la satisfaction de faire éprouver un plaisir à l'assistance et de le partager.

#### D) La bientraitance exige une démarche qualité et une culture de l'évaluation

Notre projet d'établissement n'a pas pour vocation de rester un écrit figé dans le temps, il doit vivre et évoluer en fonction des besoins et réactions des personnes accueillies et des observations de proximité exercées par les professionnels.

En conformité avec la législation, nous nous inscrirons dans une évaluation interne de nos activités et de la qualité de nos prestations. Celle-ci sera participative et nous mobilisera tous vers l'objectif de toujours mieux répondre aux besoins de la personne accueillie, de lui permettre d'être au cœur de son accompagnement.

Elle nous permettra de toujours s'assurer de l'effectivité des droits des usagers, de l'insertion de notre structure dans son environnement, de la réalisation des missions assignées et confiées et de l'amélioration continue de nos pratiques professionnelles.

L'analyse de nos pratiques professionnelles s'appuiera sur les remarques recueillies lors des transmissions, des synthèses et du Conseil de vie sociale. Elle pourra s'appuyer sur un référentiel Guide mais nous devons l'adapter à la spécificité de notre structure pour que sa pertinence nous permette de conduire des changements.

Notre établissement se conformera aux dispositions et à la périodicité de l'ANESM, fixées par voie réglementaire, pour la réalisation de l'évaluation externe.

#### **3.4.4 Un projet social qui repose sur l'implication de l'ensemble du personnel**

Je serais attentive à gérer les ressources humaines de la structure pour que les effectifs et les qualifications soient adaptés au PRENDRE SOIN, qu'ils répondent à la charge de travail et permettent la bientraitance.

L'adaptation des compétences à l'évolution et à l'observation des besoins des personnes accueillies sera constamment recherchée, s'établira sur le recueil des réflexions de chacun et participera à une évaluation des savoirs, savoir-faire et savoir être au quotidien.

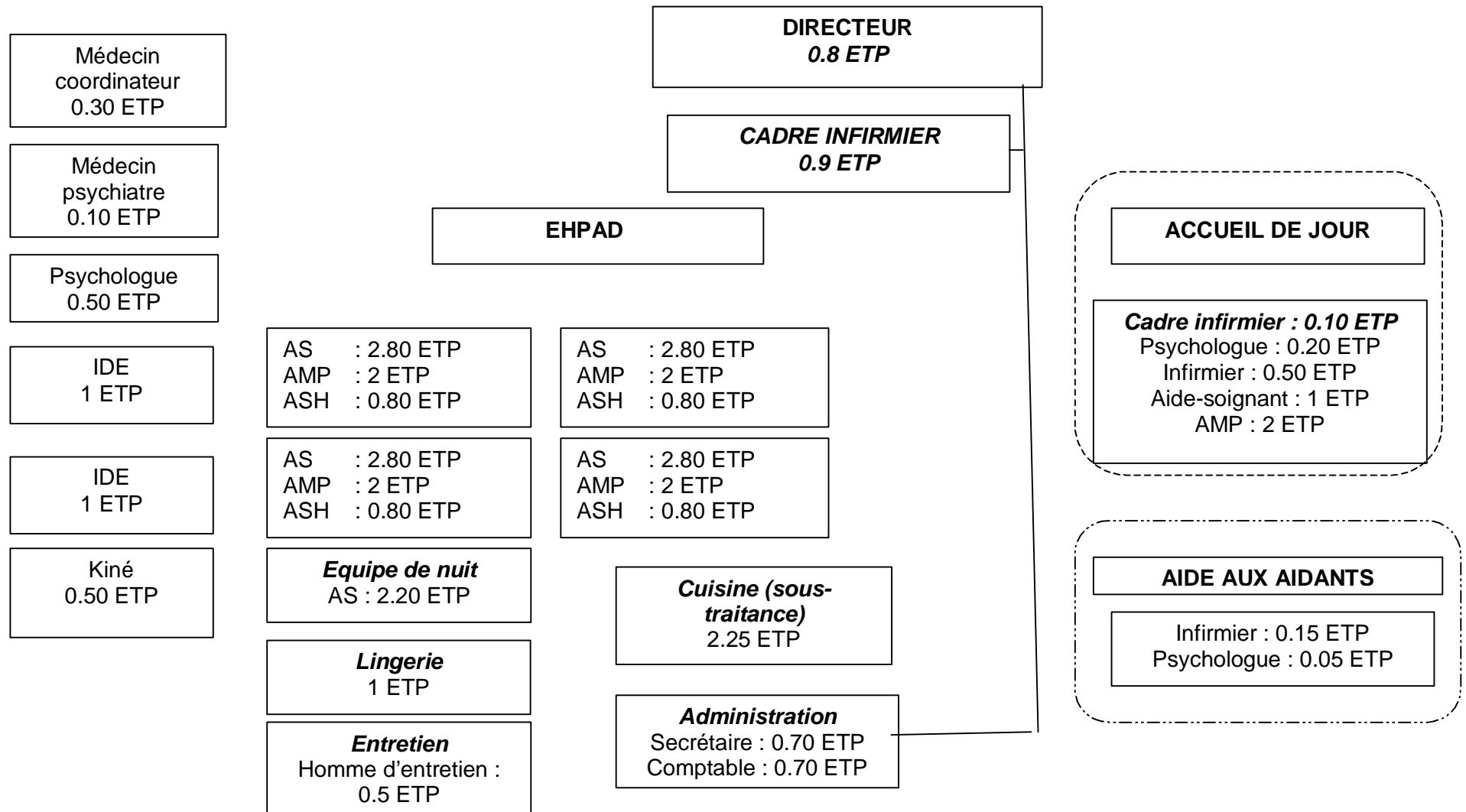
Une veille juridique s'exercera pour que notre établissement anticipe sur l'évolution des politiques publiques et de la réglementation et qu'elle puisse, dès que les moyens seront mis en œuvre,

augmenter ses effectifs pour mieux répondre à la complexité des besoins des personnes accueillies et de leur famille.

De même, l'inscription active dans le réseau gérontologique du territoire, l'adhésion à Loire Alzheimer Atlantique et l'abonnement à différentes revues gérontologiques notamment auprès de la fondation MEDERIC ALZHEIMER nous permettront de nous tenir informés de l'évolution des pratiques professionnelles, de participer à des colloques ou des journées à thèmes, de partager nos expériences, de les confronter à d'autres conceptions d'accompagnement, d'explicitier et valoriser nos choix.

L'adhésion au projet d'établissement et l'implication de l'ensemble du personnel dans l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées désorientées constituent le socle de ce projet social.

A) Des effectifs qui veulent tenir compte de la singularité des personnes accueillies et de leur famille



L'accueil de jour, pour respecter son rôle de soutien au maintien à domicile, disposera d'un effectif de 3,75 ETP. L'infirmier sera en responsabilité de l'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée, en phase initiale, et de leur famille. Il recueillera leur histoire, il aidera à mettre des mots sur les difficultés et proposera une offre de service adaptée à chacune des personnes accueillies. Il pourra se faire aider du psychologue lorsque les réticences seront difficiles à vaincre. Celui-ci interviendra essentiellement auprès des équipes pour analyser les difficultés rencontrées dans l'accompagnement et analyser l'évolution des comportements des personnes accueillies. Il pourra, sur leur sollicitation, recevoir les personnes malades et leur famille. Les aides soignant et AMP auront pour mission principale la stimulation des capacités des personnes pour faciliter l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne et ainsi prolonger une vie à domicile de qualité.

Notre établissement d'hébergement temporaire et permanent accueillera des personnes essentiellement inscrites en GIR 1 et 2 et sera donc doté d'un GMP élevé (801). Pour assurer la qualité et la sécurité des soins, il démarrera son activité avec un taux d'encadrement de 0,6 correspondant à 33,60 ETP puis, en fonction des moyens alloués par le Plan Alzheimer 2008-2012, de s'approcher d'un taux de 0,8.

Notre personnel lié à la prise en compte de la dépendance atteint 6,42 ETP pour une norme autorisée par le Conseil Général de Loire-Atlantique de 4,58 ETP, mais nous nous efforcerons de défendre cette option pour assurer la qualité des soins d'hygiène.

L'établissement étant constitué de 4 unités (56 résidents), réparties par deux sur deux niveaux pour l'hébergement permanent et temporaire, ces unités seront organisées à l'identique.

L'organisation des soins de chaque niveau sera confiée à une infirmière et chaque unité verra son personnel composé d'un Agent de service hospitalier, de quatre aides soignants et de trois Aide médico Psychologique.

La sous-traitance de la restauration inclut la mise à disposition de personnels en charge de sa réalisation.

- B) Un recrutement, des entretiens professionnels et un plan de formation qui créent une culture d'équipe et favorisent l'adaptation de l'outil de travail

Notre établissement est dédié à l'accueil des personnes âgées désorientées, je serai donc attentive, lors du recrutement, à vérifier la volonté et la compétence des personnes candidates à travailler auprès de ces personnes. L'expérience acquise et les qualifications obtenues dans le domaine de la gérontologie seront recherchées. Au-delà de ces critères, la capacité des personnes candidates à exprimer l'approche relationnelle qu'elles souhaitent avoir avec les personnes sera particulièrement analysée et pesée. Le projet d'établissement sera présenté ainsi

que la recherche d'une volonté à travailler en équipe et de s'impliquer dans l'accompagnement des personnes accueillies.

Au bout de la première année de fonctionnement de notre structure, je recevrai chacun des salariés pour un entretien professionnel. Il permettra de recueillir leurs impressions et suggestions concernant les réponses apportées aux besoins des personnes accueillies et de leur famille, l'amélioration pouvant être apportée à leurs conditions de travail et les formations qu'ils leur sembleraient nécessaires à accomplir pour une meilleure qualité d'accompagnement.

Je réaliserai cet entretien sur la base des fiches de poste et il donnera lieu à un écrit.

Le Plan Annuel d'Utilisation des Fonds de Formation s'attachera, dans un premier temps, à l'installation d'une culture gérontologique commune à tout le personnel de la structure pour assurer une continuité de la qualité de l'accompagnement de la personne accueillie et de sa famille tout au long de son parcours dans nos services.

L'évaluation permanente et participative de nos pratiques professionnelles et de notre organisation de travail permettra de proposer des formations spécifiques pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies et de leur famille (soins palliatifs, accompagnement de fin de vie, animation, prise en compte de l'aidant familial ...).

Au-delà de cette culture commune, je serai attentive aux demandes individuelles qui traduisent une volonté de progresser dans la qualification et la prise de responsabilité. Pour exemple l'accès à la qualification Assistant en Gérontologie pour les AMP et Aides-soignants qui le souhaiteraient ou toute autre formation permettant une meilleure connaissance gérontologique (DU en Gérontologie ...).

L'établissement sera terrain d'accueil pour des stagiaires car le regard extérieur et en éveil de toute personne en formation est générateur de questionnement et d'idées créatrices. La transmission des savoirs est une tradition et une culture de notre association gestionnaire.

### **3.4.5 Un projet architectural qui tient une place prépondérante en tant que support du projet de vie<sup>48</sup>**

L'association « Le Chardon bleu » a pris le soin de confier l'élaboration de son projet architectural à un cabinet expert dans la conception d'unités d'accueil spécialisées Alzheimer et dirigé par

---

<sup>48</sup> Voir l'étude architecturale, annexe 3.

Madame Brigitte CHALINE, auteur d'un « Manuel de conception architecturale des Unités d'accueil spécialisées Alzheimer ».

« De mauvais dispositifs architecturaux représentent une contrainte que les gens cherchent à transformer ou à fuir. A l'opposé, un lieu bien construit et bien aménagé, adapté aux besoins réels de la personne accueillie lui permet de profiter de toute l'autonomie qu'autorisent ses capacités déclinantes.<sup>49</sup> »

L'accessibilité des bâtiments a été un souci présent tout au long de l'élaboration de ce projet.

Nous proposons, ainsi, une architecture prothétique qui permet d'optimiser l'autonomie et la liberté des résidents tout en limitant les risques. Elle procure un outil et un cadre de travail efficace et agréable pour les professionnels. Dans son implantation, dans ses orientations, notre structure dédiée aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée et à leur famille doit vivre et être en lien avec le reste du site, principalement le bâtiment « Le Chardon Blanc » le plus à proximité.

Lors de nos deux réunions avec les autorités de Tutelle, Conseil Général et DDASS, nous avons défendu la taille humaine de notre structure et nous sommes restés fermes sur le nombre de personnes pouvant être accueillies.

Les différentes échelles de fonctionnement veulent retranscrire les notions d'accueil et de chaleur autour de la personne âgée et de sa famille. Les 56 chambres seront réparties sur deux niveaux en deux plateaux d'hébergement, eux-mêmes divisés en deux unités de vie ou maisonnées de 14 chambres individuelles, chacune, de 20 m<sup>2</sup>, équipée d'un cabinet de toilette complet adapté au grand âge pour respecter l'intimité.

Sur chacun des niveaux d'hébergement, les unités peuvent se regrouper autour d'une cuisine atelier et à proximité de la salle à manger de chacune des unités. Elles partagent un salon commun situé à proximité immédiate de l'entrée des unités, un poste de soins relais, une salle de bain médicalisée, des sanitaires et des espaces de dépôts.

L'EHPAD est pensé comme un village, avec ses maisons (les chambres des personnes accueillies) dans différents quartiers (les unités), ses places urbaines « cœur de l'animation » (les lieux de vie que sont les salons de convivialité, la cafétéria, le salon d'esthétique et de coiffure, la salle polyvalente...), ses rues et ruelles (les circulations et les dégagements).

---

<sup>49</sup> DEHAN Ph., 2007, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer*, Paris : Le Moniteur, nouvelle édition, p. 108.

La cuisine, implantée au rez-de-chaussée, s'inscrit dans le cœur de l'établissement et comme génératrice d'activités et de vie. Elle se localise à proximité immédiate de l'entrée et permet une relation forte avec le hall, la cafétéria et la salle polyvalente. Elle est rendue visible au regard extérieur par des parois vitrées ce qui permet aux personnes accueillies d'observer son activité.

Dans le même esprit d'intégration et de participation, les lieux de logistique (lingerie, buanderie) sont proches du centre de l'établissement et les personnes accueillies peuvent être invitées à participer à des activités de couture, de pliage du linge accompagnées par le personnel et les bénévoles.

Les personnes accueillies ont accès à l'ensemble des espaces de vie commune bénéficiant de différents degrés de sécurisation et bénéficient, pour chacun des plateaux, d'un espace jardin orienté sud-ouest. Ces jardins sont clos pour permettre des allées et venues en toute sécurité, en prolongement direct des salons communs.

L'accueil de jour possède son entrée propre pour respecter la sensibilité des personnes accueillies et de leur famille et marquer les différences d'objectifs et de d'accompagnement. Cependant, un accès vers l'intérieur de l'EHPAD via son espace central et son accueil est aménagé pour favoriser les partages d'activités au sein des différents services et pour se familiariser avec les lieux.

L'accueil de jour est agrémenté par un jardin clos.

### **3.5 Un financement qui s'efforce de minorer les coûts restant à la charge de la personne accueillie ou de sa famille**

A notre volonté de donner à notre structure une taille humaine est adjointe la volonté de la rendre accessible, sur le plan financier, à tous et elles nous incitent à demander une habilitation à l'aide sociale (préconisation du Schéma Gérontologique de Loire-Atlantique et principe philosophique de l'association).

Les critères d'obtention de cette habilitation ont régulé notre démarche de financement.

La palette de services de notre structure nous oblige à produire trois budgets (EHPAD, Accueil de Jour et Service de soutien aux aidants familiaux)<sup>50</sup> qui tiennent compte d'une clé de répartition du coût des travaux et du montant des investissements et de la mutualisation des moyens avec les deux Foyers d'Accueil Médicalisé présents sur le site.

---

<sup>50</sup> Voir les éléments comptables en annexes 4 et 5.

### **3.5.1 Une capacité d'accueil qui permet le respect de la singularité de la personne accueillie et de sa famille**

La consultation médicale spécialisée fonctionne deux demi-journées par semaine et accueille une dizaine de personnes et leur famille par mois. Elle ne fait pas l'objet de l'établissement d'un budget car elle est assurée par un praticien extérieur.

Le service de soutien aux aidants familiaux accueillera 3 groupes de 10 à 12 personnes par an.

L'Accueil de Jour a une capacité d'accueil de 12 places. Le nombre de jours d'ouverture prévu s'élève à 225, ce qui correspond pour une occupation à 100 % à la réalisation de 2700 journées d'accueil.

Nous avons montré plus avant que la fréquentation de ce service est soumise à de nombreuses fluctuations et si nous retenons un taux d'occupation, à terme, de 90 % soit la réalisation de 2 430 journées d'accueil, il nous paraît raisonnable, lors de notre première année de fonctionnement, de viser un taux d'occupation de 80 % soit la réalisation de 2160 journées d'accueil.

Notre EHPAD a une capacité d'accueil de 56 places (54 en hébergement permanent et 2 en hébergement temporaire). Il accueille des personnes reconnus en GIR 1, 2, 3 et 4 et le résultat final en termes de GMP est de 801 points.

Le taux d'activité retenu est de 98 %. Ce taux nécessitera une adaptation lors de l'ouverture de la structure afin de tenir compte de la montée en charge du nombre de personnes accueillies.

### **3.5.2 La volonté de s'inscrire dans une recherche de pluri financements et de mutualisation des moyens entre les trois établissements**

Le coût total de l'opération est de 9 130 000 € TTC avec un taux de TVA à 5,5 %, y compris 800 000 € de mobilier.

L'accueil de jour représente 190 000 € dans le coût de la construction et 20 000 € pour le mobilier.

- A) La mutualisation des moyens logistiques des trois établissements pour leur assurer une qualité de prestations hôtelières

Dans le but de dégager des économies de fonctionnement et de favoriser la synergie entre les 3 établissements, une mutualisation des moyens en matière de logistique (restauration, entretien du lien, des locaux, des espaces verts...) est engagée. Cette mutualisation intervient à un moment où les moyens afférents à la restauration et à l'entretien du linge des deux foyers d'Accueil médicalisé doivent faire l'objet d'un remplacement ou d'une mise aux normes pour répondre aux critères sanitaires en vigueur :



Actuellement, la restauration est sous traitée mais réalisée sur place avec mise à disposition d'un chef, d'un second et d'un aide de cuisine (2,5 ETP). La cuisine est aménagée au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé « Le Chardon bleu » et dessert également « Le Chardon Blanc ». Il persiste un défaut dans la procédure de « marche en avant », les lieux de livraison et de stockage sont inadaptés et la distribution des repas au « Chardon Blanc » n'est pas satisfaisante.

La création d'une cuisine adaptée au sein de l'EHPAD assurera la restauration de l'ensemble du site et permettra une conformité aux normes notamment dans le respect de « la marche en avant », l'existence de locaux de livraison et de stockage adaptés et l'amélioration de la distribution des repas par un transport mobile (réflexion sur un véhicule isotherme) en liaison chaude.

De même, la lingerie du « Chardon Bleu » qui gère également le linge du « Chardon Blanc » est obsolète. Les locaux sont trop exigus par rapport à la masse de linge traité et la « marche en avant » est imparfaite.

La création d'une lingerie adaptée au sein de l'EHPAD permettra le traitement du linge de l'ensemble du site et une mise aux normes sanitaires des installations.

Enfin, le remplacement de la chaudière du « Chardon Bleu » va rapidement devenir d'actualité. Des études sont en cours pour analyser la faisabilité d'une chaufferie commune alliant une Haute Qualité Thermique et Ecologique à des économies financières. Nous nous orienterions vers une installation géothermique sans doute complétée par le gaz.

#### B) Une articulation entre dons, subventions et prêts pour limiter les coûts d'hébergement<sup>51</sup>

L'association gestionnaire, par l'intermédiaire d'une commission « Finances », s'est largement mobilisée sur la recherche de ressources exceptionnelles et individualisées pour venir compléter les sources de financement habituelles.

Notre Président et moi-même sommes allés rencontrer le Maire de la Chapelle sur Erdre pour lui présenter notre projet et s'assurer du soutien financier de la Commune. Ce soutien est indispensable pour obtenir une subvention d'aide à l'investissement de la part du Conseil Général de la Loire-Atlantique. Nous avons obtenu un accord de financement réparti sur trois années.

Notre financement s'établit donc de la manière suivante :

---

<sup>51</sup> Voir les éléments comptables en annexes 4 et 5.

- Un apport en fonds associatif pour le terrain par la propriétaire de celui-ci à hauteur de 300 000 €.
- Un apport en fonds associatifs par l'organisme gestionnaire de 600 000 €.
- Une subvention du Conseil Général de Loire-Atlantique conditionnée à un cofinancement d'autres collectivités locales à hauteur de 548 000 €.
- Une subvention de la commune d'implantation de notre projet, la Chapelle sur Erdre (nous avons une lettre d'intention du Conseil Municipal sur l'attribution de cette subvention) et des communes concernées par son territoire d'intervention à hauteur de 432 000 €.
- Une subvention de la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) (mobilisable dans la limite de 12,5 % du coût total du projet) à hauteur de 1 141 000 €.
- Des subventions d'organismes sociaux (caisse de retraite ou autre) et de fondations à hauteur de 300 000 €.
- Un prêt CRAM à hauteur de 530 000 € sans intérêt.
- La participation des deux Foyers d'Accueil Médicalisé dans le cadre de la mutualisation des moyens à hauteur de 310 000 €.
- Le solde par un emprunt de type PLS à hauteur de 4 970 000 € à 4 % (le taux de ce prêt est indexé sur l'évolution du livret A et peut donc varier). Ce prêt est calculé sur un remboursement en capital constant sur 30 ans.

C) Des tarifs qui tiennent compte de la singularité des personnes accueillies et qui permettent l'accueil des personnes les plus démunies<sup>52</sup>

Les comptes de charges, en ce qui concerne l'EHPAD, ont été montés, en particulier sur le budget soins, à tarif partiel sans Pharmacie à Usage Interne.

Les frais de personnel ont été élaborés sur une base de 33,60 ETP à la place, majoré d'un effectif de remplacement pour le personnel en relation directe avec les personnes accueillies soit 2,02 ETP.

---

<sup>52</sup> Voir les éléments comptables en annexes 4 et 5.

Les frais de personnel impactent le budget « soins » à hauteur de 59 %, le budget « dépendance » à hauteur de 22 % et le budget « hébergement » à hauteur de 19 %.

La restauration et le linge sont sous-traités.

Nous obtenons un prix de journée d'hébergement pour l'EHPAD de 55,11€ qui semble raisonnable pour un projet immobilier spécifique et dédié aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées.

L'accès au prêt PLS et la TVA à 5,5 % rendent éligibles les personnes accueillies dans l'EHPAD aux aides logement.

Nous obtenons une « DOMINIC » de 48,30 % supérieure à la norme. Cela s'explique par un GMP élevé et l'intégration de personnel spécialisé dans le budget « soins » (Médecin psychiatre, cadre de santé...).

Pour l'accueil de jour, nous obtenons un prix de journée « hébergement » de 21,41€ majoré d'un tarif « dépendance ». Nous rappelons qu'en ce qui concerne l'accueil de jour, le Conseil Général accorde une dotation globale de 13€ par jour de présence et que le reste à charge de la personne accueillie peut être payé à l'aide de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie pour les personnes en bénéficiant (à hauteur de 18€ par jour).

Tous ces éléments composent le dossier CROSMS déposé le 3 juillet 2009 et nous espérons pouvoir défendre notre projet courant décembre. L'association « Le Chardon Bleu », le directeur des établissements « Chardon bleu » et « Chardon blanc » et moi-même avons beaucoup investi en temps, en recherches, visites et rencontres.

Lors de cette année de travail, nos idées, méthodes et conceptions ont évolué sans jamais s'éloigner de notre philosophie d'accompagnement mais en s'adaptant sans se démettre aux réalités des conditions budgétaires du moment.

## Conclusion

L'augmentation de l'espérance de vie répond à notre désir d'éternité mais n'engendre pas pour autant une éternelle jeunesse. Le vieillissement de la population nous impose de faire face et de lutter contre le développement d'une maladie dite complexe et, pour l'instant, irréversible, la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Les Plans Solidarité Grand Age et Alzheimer se sont attelés aux problèmes éthique, socio-économique, médical et politique que posent l'évolution de la maladie et l'accompagnement des personnes malades et de leur famille. La mobilisation des énergies s'est mise en marche et tous, professionnels, politiques, institutionnels, bénévoles, personnes atteintes de la maladie et leur famille redoublent d'investissement dans la recherche, de manifestations de soutien et d'idées créatives pour connaître, comprendre, expliquer la maladie, la faire reculer et offrir à ceux qui en sont atteints et à leur famille des perspectives d'avenir.

L'association « Le Chardon bleu » est depuis toujours ouverte sur le monde et se montre attentive à un accompagnement respectueux de la singularité des personnes les plus fragiles. C'est dans cet esprit qu'elle a manifesté, alertée par les chiffres et statistiques de son territoire d'intervention, sa volonté d'élaborer une offre de services permettant une continuité d'accueil et de soutien aux personnes malades et à leur famille.

L'aspect novateur de notre projet s'est nourri des expériences locales, des écrits relatant les différentes méthodes et conceptions d'accompagnement, de la compétence acquise auprès des personnes accueillies au « Chardon Bleu » et au « Chardon Blanc » et de la qualité des professionnels qui nous ont accompagnés dans notre réflexion. Nos idéaux se sont parfois confrontés à la dure réalité des moyens alloués et autorisés mais nous avons su nous adapter, sans renoncer à nos principes essentiels, pour pouvoir obtenir des autorités de Tutelle l'autorisation de déposer notre projet en CROSMS.

La réflexion et l'élaboration de notre projet ont et auront des prolongements dans l'organisation et l'animation du « Chardon Bleu » et du « Chardon Blanc ». La mutualisation des moyens logistiques va libérer des espaces au sein de ces établissements, permettre une redistribution des lieux de vie et d'augmenter leur capacité d'accueil. La connaissance et la culture gérontologiques impulsées par notre projet aideront les équipes à mieux accompagner les démences qui se développent chez les personnes handicapées vieillissantes et à se saisir de nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir être.

A ce jour, nous devons affronter l'incertitude de ces six mois imposés par l'examen de notre projet. Nous continuons à nous mobiliser sur la recherche de financements connexes. Nous sommes

attentifs à l'état et à l'évolution de la connaissance. Nous préparons notre argumentaire pour défendre notre projet et nous tenir prêts à le réaliser dans les meilleurs délais et, ainsi, répondre au plus vite aux besoins des personnes atteintes de la maladie et à leur famille.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages collectifs

Direction Générale de la Santé, France-Alzheimer, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé, 2007, *Alzheimer, l'éthique en questions, recommandations*. Paris, Concept Santé, 63 pages.

Fondation Roi Baudouin, 2007, « Où vivre entouré ? » *L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs*, Namur : Les éditions namuroises, 164 pages.

Fondation MEDERIC ALZHEIMER, 2004, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : Pistes de réflexion et d'action*. Paris, 225 pages.

Fondation MEDERIC ALZHEIMER, 2001, *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : l'aide aux aidants en France, identifier, comprendre, agir*, Paris, 170 pages.

Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), 2009, *L'accompagnement de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Paris, 43 pages.

Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), 2008, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : la bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre*, Paris, 47 pages.

### Ouvrages

AMYOT J.-J. et MOLLIER A., 2002, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris : Dunod, 242 pages.

DEHAN Ph., 2007, *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer*, Paris : Le Moniteur, 344 pages.

FEIL N., 2005, *Validation, pour une vieillesse pleine de sagesse*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 177 pages.

GINESTE Y., PELISSIER J., 2007, *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris : Armand Colin, 319 pages.

PELISSIER J., 2003, *La nuit tous les vieux sont gris. La société contre la vieillesse*, Paris : Bibliophane, 347 pages.

PLOTON L., 2005, *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon : Chronique sociale, 250 pages.

### **Articles et études**

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 2008, *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007*, Paris, n°637, mai 2008.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 2007, *Pays de la Loire : 64 000 personnes âgées potentiellement dépendantes en 2015*, Nantes, n°53, janvier 2008.

Territoire Marchés Opinions, 2007, *Commune de la Chapelle sur Erdre : Besoins et attentes des personnes retraitées*, Rennes, étude n°4967, novembre 2007.

Union Nationale des Associations Familiales, 2007, *Vivre la dépendance d'un proche : l'avis des familles*, Paris, Réseau national des observatoires des familles, décembre 2007.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation, 2004, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et sécurité*, Paris, Conférence de consensus des 24 et 25 novembre, disponible sur le site : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).

Fondation Mederic Alzheimer, 2008, *Les places d'hébergement « spécifiquement destinées » aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008*, Paris, La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n° 8, décembre 2008.

Site des Instituts Gineste et Marescotti. 2007, *Prendre soin en Humanitude, une expérience à la résidence « Les grands jardins » à Montauban de Bretagne*, disponible sur le site : [www.cec-formation.net](http://www.cec-formation.net).

Actualités Sociales Hebdomadaires, 2009, *Intérim en famille*, Paris, n°2592, p. 34, janvier 2009.

---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1</b>	<b>État des lieux de l'existant sanitaire et médico-social .....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe 2</b>	<b>Étude de population.....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>Étude architecturale.....</b>	<b>VII</b>
<b>Annexe 4</b>	<b>Éléments comptables concernant l'EHPAD .....</b>	<b>XI</b>
<b>Annexe 5</b>	<b>Éléments comptables concernant l'Accueil De Jour .....</b>	<b>XXI</b>



## **Annexe 1 Etude de l'existant sanitaire et médico-social du territoire visé**

ADJ : Accueil De Jour

HT : Hébergement Temporaire

<b>Communes</b>	<b>Nombre structures</b>	<b>Maison de retraite et EHPAD</b>	<b>Nombre places</b>	<b>Places ADJ</b>	<b>Places HT</b>	<b>Places CANTOU</b>
Carquefou	4	Résidence « Les lys »	82			10
Fay de Bretagne	1	Résidence Saint-Joseph	66			
Héric	2	Foyer « La Perrière »	84			
La Chapelle sur Erdre	4	Résidence « Bel air »	41			
		Résidence « Le Ploreau »	80	6		
Les Touches	1	Maison de retraite « Saint-Joseph »	60			
Mauves sur Loire	1	Résidence « Le verger »	85			5
Nantes Nord	14	« La haute Mitrie »	81		1	11
		« La Guilbourderie »	80			
		« Le doyenné du Ranzay »	86			12
		MAPA du Chambellan	80			
		Résidence d'Automne	70			
Nort sur Erdre	1	Résidence « Le bois fleuri »	82	2	1	10
Orvault	4	Résidence « Le gué Florent »	84			
Saint-Herblain	5	Maison de retraite « La Bourgonnière »	85		2	
		Résidence « Les Bigourettes »	88		6	
Sainte Luce sur Loire	1	Résidence « Le Seil »	79			
Sucé sur Erdre	1	« La Hautière »	72			
Thouaré sur Loire	2	Résidence « Saint Gabriel »	63			17
		Résidence « Léontine Vié »	20			
Treillières	1	Résidence « Les Bruyères »	62			
Vigneux de Bretagne	2	Résidence « La roche Maillard »	73			
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>1 603</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>65</b>

Etat des lieux de l'existant sanitaire et médico-social du territoire (suite)

Communes	Résidence Services	Nombre de places	Domicile collectif	Nombre de places
Carquefou			Les Florilèges	21
Héric	"Les grands chênes"	16 appartements		
La Chapelle sur Erdre	"L'Orée du Plessis"	16		
Nantes Nord			"Le Broussais"	15
Orvault	"Parc de la Ferrière"	15 appartements		
Saint-Herblain			"Le Tillay"	15
			"La Crémetterie"	15
			"Le Bourg"	15
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>47</b>	<b>5</b>	<b>81</b>

Communes	Foyer-logement	Nombre de places	Structure sanitaire	Nombre de places
Carquefou			Centre hospitalier de Maubreuil	115
			Hôpital de la Seilleray	192
La Chapelle sur Erdre	Foyer "Bel air"	40		
Nantes Nord	"Le Croissant"	53	USLD "Beau Séjour"	120
	"Le Port Boyer"	40	Hôpital "Bellier"	100
	"La Marrière"	75	Maison convalescence "Roz-Arvor"	80
	"Les Demeures du Parc"	11		
	"Le Bout des Landes"	89		
Orvault	"Le petit raffuneau"	20	USLD "Emile Gibier"	100
Vigneux de Bretagne			Centre de soins de suite "Le bois Rignoux"	100
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>348</b>	<b>7</b>	<b>807</b>

**Annexe 2**

**Etude de population**

Echelle géographique	Population totale	60-74 ans	Plus de 75 ans	Nombre bénéficiaires APA	Nombre APA au domicile	GIR 1	Nombre APA en structure	GIR 1
						GIR 2		
France	63800000	8676800	4912600	1078000	657580	19728 118365	420420	63063
Pays de Loire	3423375	438192	284141	49871	20500	615 3690	29371	4406
Loire-Atlantique	1245000	161850	87150	16710	6852	99 1188	9858	1479
Saint-Herblain	44428	5731	2177	531	218	7 39	313	47
Doulon-Bottière	32803	3886	2645	438	180	6 32	258	39
Nantes Erdre	30351	2159	1652	256	105	3 19	151	23
Nantes Nord	25091	2636	1420	272	112	3 20	160	24
Orvault	23927	3494	1269	320	131	4 24	189	28
Carquefou	17705	1541	673	149	61	2 11	88	14
La Chapelle sur Erdre	17698	2471	716	214	88	2 12	126	19
Sainte Luce sur Loire	12795	1357	436	120	49	3 15	71	11
Thouaré sur Loire	8209	846	345	80	33	1 6	47	7
Treillières	7671	599	177	52	21	1 4	31	5
Nort sur Erdre	7197	902	451	91	44	1 8	47	7
Sucé sur Erdre	6900	683	325	68	12	1 2	56	9
Vigneux de Bretagne	5165	488	263	50	12	2	38	6
Héric	4764	516	345	58	28	1 5	30	5
Grandchamps des Fontaines	4334	382	134	35	13	1 3	22	3
Saint Mars du Désert	3893	369	161	36	23	1 4	13	2
Petit Mars	3388	241	82	21	6	2	15	2
Mauves sur Loire	2659	280	341	42	17	1 3	25	4
Fay de Bretagne	2801	366	190	37	14	1 3	23	3
Les Touches	2071	246	138	26	7	1 2	19	3
Casson	2012	106	60	12	5	1	7	1
Notre Dame des Landes	1839	197	85	19	7	2	12	2
Total du territoire visé	267701	29496	14085	2927	1186	40 216	1741	264











BUDGET PREVISIONNEL EHPAD LES EDELWEISS DE LA COUTANCIERE							
GROUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE	Réal 2007	Budget exécutoire 2008	Budget prévisionnel proposé 2009			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon-duction	Mesure nouvelle	Total		
<b>ACHATS</b>							
606 Achats non stockés de matières et fournitures			145 280		145 280		
<b>SERVICES EXTERIEURS</b>							
6111 Sous-traitance : prestations à caractère médical			1 500		1 500		
6112 Sous-traitance : prestations à caractère médico-social			6 000		6 000		
<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>							
625 Déplacements, missions et réceptions			2 000		2 000		
626 Frais postaux et frais de télécommunications			10 000		10 000		
6281 Prestations de blanchissage à l'extérieur			10 000		10 000		
6282 Prestations d'alimentation à l'extérieur			200 290		200 290		
6283 Prestations de nettoyage à l'extérieur			4 000		4 000		
6288 Autres prestations			2 000		2 000		
<b>TOTAL GROUPE I</b>			<b>381 070</b>		<b>381 070</b>		



<b>GROUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL</b>		<b>Réel 2007</b>	<b>Budget exécutoire 2008</b>	<b>Budget prévisionnel proposé 2009</b>			<b>Dépenses autorisées</b>	<b>Budget exécutoire</b>
				<b>Recon- duction</b>	<b>Mesure nouvelle</b>	<b>Total</b>		
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires			14 200		14 200		
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)			68 308		68 308		
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)			41 638		41 638		
641	Rémunération du personnel non médical			850 502		850 502		
642	Rémunération du personnel médical			26 080		26 080		
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance			326 621		326 621		
647	Autres charges sociales			15 516		15 516		
<b>TOTAL GROUPE II</b>				<b>1 342 864</b>		<b>1 342 864</b>		

<b> GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE</b>	Réal 2007	Budget exécutoire 2008	Budget prévisionnel proposé 2009			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon-duction	Mesure nouvelle	Total		
6152 Entretien et réparations sur biens immobiliers			7 000		7 000		
6155 Entretien et réparations sur biens mobiliers			7 000		7 000		
6156 Maintenance			18 000		18 000		
616 Primes d'assurances			7 000		7 000		
618 Divers			2 500		2 500		
623 Information, publications, relations publiques			1 500		1 500		
627 Services bancaires et assimilés			600		600		
<b>AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE</b>							
658 Charges diverses de gestion courante			1 000		1 000		
<b>CHARGES FINANCIERES</b>							
66 Charges financières			198 830		198 830		
<b>DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS</b>							
6811 Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles			335 600		335 600		
<b>TOTAL GROUPE III</b>			<b>579 030</b>		<b>579 030</b>		
<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>							
			<b>2 302 964</b>		<b>2 302 964</b>		
<b>TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION</b>							
			<b>2 302 964</b>		<b>2 302 964</b>		

<b> GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION</b>	Réal 2007	Budget exécutoire 2008	Budget prévisionnel proposé 2009			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon- duction	Mesure nouvelle	Total		
731 Produits de la tarification relevant du I de l'article L.312-1 du CASF			1 103 782		1 103 782		
734 Tarif dépendance			322 489		322 489		
736 Tarif soins (EHPAD)			806 452		806 452		
<b>TOTAL GROUPE I</b>			<b>2 232 723</b>		<b>2 232 723</b>		

<b> GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS ENCAISSABLES</b>							
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>							
777 Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice			70 242		70 242		
<b>TOTAL GROUPE III</b>			<b>70 242</b>		<b>70 242</b>		

<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>			<b>2 302 965</b>		<b>2 302 965</b>		
<b>TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION</b>			<b>2 302 965</b>		<b>2 302 965</b>		

**TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS**

Intitulé	Sections d'Imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
<b>Total des charges d'exploitation</b> Hébergement=A1, dépendance=A2, soins=A3	1 174 023	322 489	806 452	2 302 964
<b>Produits autres que ceux de la tarification</b> Hébergement=B1, dépendance=B2, soins=B3 Contribution de l'assurance maladie prévue à l'art. R.314-188 du CASF=B4	70 242			70 242
<b>Incorporation des résultats des exercices antérieurs</b> Hébergement=C1, dépendance=C2, soins=C3				
<b>Base de calcul des tarifs journaliers</b> Tarif moyen journalier hébergement=D1 soit $A1-B1+C1$ dépendance=D2 soit $[A2-(B2+B4)]+C2$ soins=D3 soit $A3-B3+C3$ Quote-part charges nettes relatives aux aides-soignantes et aux AMP imputée sur la section tarifaire soins=E	1 103 782	322 489	806 452	
Production totale de points GIR de l'établissement=F				52 160
Valeur nette du point GIR aides-soignantes et AMP= $E/(GMP \times \text{Capacité occupée})$			12,80	
Valeur nette du point GIR dépendance= $(A2-B2)/F$		6,18		
Production de points GIR dans les groupes 1 et 2=G1				41 600
Production de points GIR dans les groupes 3 et 4=G2				10 560
Production de points GIR dans les groupes 5 et 6=G3				
Proportion de points GIR dans groupes 1 et 2= $G1/F=H1$				79,75 %
Proportion de points GIR dans groupes 3 et 4= $G2/F=H2$				20,25 %
Proportion de points GIR dans groupes 5 et 6= $G3/F=H3$				

**TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS (suite)**

Intitulé	Sections d'Imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
Nb. de journées prévisionnelles hébergement pour les personnes classées dans les groupes 1 à 6 =I	20 029			
Nb de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 1 à 6 =J		20 029	20 029	
Nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 1 et 2 =K1		14 307	14 307	
Nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 3 et 4 =K2		5 722	5 722	
Nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 5 et 6 =K3				
Pourcentage du nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 1 et 2 =L1		71,43 %	71,43 %	
Pourcentage du nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 3 et 4 =L2		28,57 %	28,57 %	
Pourcentage du nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 5 et 6 =L3				
Calcul du tarif journalier net moyen hébergement=D1/I	55,11			
Calcul du tarif journalier dépendance pour les Gir 1 et 2=D2xH1/K1		17,98		
Calcul du tarif journalier dépendance pour les Gir 3 et 4=D2xH2/K2		11,41		
Calcul du tarif journalier dépendance pour les Gir 5 et 6=D2xH3/K3		4,84		
Calcul du tarif journalier soins pour les Gir 1 et 2 =[(ExH1)+(D3-E)xL1]/K1			43,54	
Calcul du tarif journalier soins pour les Gir 3 et 4=[(ExH2)+(D3-E)xL2]/K2			32,08	
Calcul du tarif journalier soins pour les Gir 5 et 6=[(ExH3)+(D3-E)xL3]/K3			13,61	
Dotation globale de financement soins=D3+B4			806 452	

TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS (suite)				
Intitulé	Sections d'imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
TARIF JOURNALIER « HEBERGEMENT »	55,11			
TARIF JOURNALIER « DEPENDANCE » - POUR LES GIR 1 ET 2		17,98		73,09
TARIF JOURNALIER « DEPENDANCE » - POUR LES GIR 3 ET 4		11,41		66,52
TARIF JOURNALIER « DEPENDANCE » - POUR LES GIR 5 ET 6		4,84		59,95
TARIF JOURNALIER « SOINS » - POUR LES GIR 1 ET 2			43,54	
TARIF JOURNALIER « SOINS » - POUR LES GIR 3 ET 4			32,08	
TARIF JOURNALIER « SOINS » - POUR LES GIR 5 ET 6			13,61	
TARIF JOURNALIER POUR LES MOINS DE 60 ANS	71,21		40,26	
DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT « SOINS »			806 452	
<b>CALCUL DE LA DOTATION MINIMALE DE CONVERGENCE (DO-MINI-C)</b>				
Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) = GMP + 160			961,43	
<b>DO-MINI-C= 10,1 x (GMPS) x NB résidents</b>			<b>543 784,00</b>	
ECART AVEC DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT			262 667,88	
Ecart en % entre Dominic et Dotation			<b>48,30 %</b>	

**TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS (suite)**

Intitulé	Sections d'Imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
TARIF JOURNALIER « HEBERGEMENT »	<b>55,11</b>			
DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT "SOINS" ISSUE DE PATHOS				
Option Soins de l'établissement : tarif partiel médicaments exclus				
Valeur du point GMPS applicable			8,85	
Pathos Moyen Pondéré – PMP			187	
Coefficient à appliquer:			2,59	
GIR moyen pondéré soins - GMPS:			1 285,758 571	
Capacité exploitée:			56	
<b>Dotation = Valeur du point GMPS x (GMP + (PMP x 2,59)) x capacité exploitée</b>			<b>637 222</b>	

PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)</b>						
<b>RESSOURCES</b>						
Don du terrain : 300 K€ et apport Chardon bleu : 600 K€	900 000					
Subvention Conseil général	537 000					
Subvention Commune	429 000					
Subvention CNSA 1900 €/m <sup>2</sup> 3811 m <sup>2</sup> , maxi 40 %	1 141 250					
Autres subventions et libéralités	300 000					
<b>Emprunts prévus au plan</b>	5 500 750					
<b>Amortissements des acquisitions du plan</b>						
Constructions (bâtiments)	257 600	257 600	257 600	257 600	257 600	257 600
Matériel-outillage, équipements mobiliers	78 000	78 000	78 000	78 000	78 000	78 000
<b>Total = A</b>	<b>9 143 600</b>	<b>335 600</b>	<b>335 600</b>	<b>335 600</b>	<b>335 600</b>	<b>335 600</b>
<b>EMPLOIS</b>						
Subventions d'investissement inscrites au compte de résultat CG	17 900	17 900	17 900	17 900	17 900	17 900
Subvention d'investissement commune virée au compte de résultat	14 300	14 300	14 300	14 300	14 300	14 300
Subvention d'investissement commune virée au compte de résultat CNSA	38 042	38 042	38 042	38 042	38 042	38 042
<b>Remboursement des emprunts prévus au plan</b>	192 192	192 192	192 192	192 192	192 192	192 192
<b>Investissements prévus au plan : terrain</b>	300 000					
Constructions (bâtiments)	7 728 000					
Matériel-outillage, équipements mobiliers	780 000					
<b>Total = B</b>	<b>9 070 433</b>	<b>262 433</b>	<b>262 433</b>	<b>262 433</b>	<b>262 433</b>	<b>262 433</b>
<b>VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C</b>	73 167	73 167	73 167	73 167	73 167	73 167
<b>FRI INITIAL = D</b>		73 167	146 333	219 500	292 667	365 833
<b>FRI CUMULE = D + C = E</b>	73 167	146 333	219 500	292 667	365 833	439 000



PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT (suite)						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)</b>						
<b>RESSOURCES</b>						
Total = F	0	0	0	0	0	0
<b>EMPLOIS</b>						
Total = G	0	0	0	0	0	0
<b>VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H</b>	0	0	0	0	0	0
<b>FRE INITIAL = I</b>		0	0	0	0	0
<b>FRE CUMULE = I + H = J</b>	0	0	0	0	0	0
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J)</b>	73 167	146 333	219 500	292 667	365 833	439 000
<b>VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR)</b>						
<b>AUGMENTATIONS</b>						
Total = K	0	0	0	0	0	0
<b>DIMINUTIONS</b>						
Total = L	0	0	0	0	0	0
<b>VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M</b>	0	0	0	0	0	0
<b>BFR INITIAL = N</b>	0	0	0	0	0	0
<b>BFR CUMULE = N + M = O</b>	0	0	0	0	0	0
<b>VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P</b>	73 167	73 167	73 167	73 167	73 167	73 167
<b>TRESORERIE INITIALE</b>	0	73 167	146 333	219 500	292 667	365 833
<b>TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE</b>	73 167	146 333	219 500	292 667	365 833	439 000
<b>LIQUIDITES EN FIN DE PERIODE</b>	73 167	146 333	219 500	292 667	365 833	439 000

BUDGET PREVISIONNEL ACCUEIL DE JOUR							
GROUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE	Réal 2007	Budget exécutoire 2008	Budget prévisionnel proposé 2009			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon- duction	Mesure nouvelle	Total		
<b>ACHATS</b>							
606 Achats non stockés de matières et fournitures			8 863		8 863		
<b>SERVICES EXTERIEURS</b>							
6111 Sous-traitance : prestations à caractère médical			94		94		
6112 Sous-traitance : prestations à caractère médico-social			375		375		
<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>							
6242 Transports d'usagers			32 400		32 400		
625 Déplacements, missions et réceptions			125		125		
626 Frais postaux et frais de télécommunications			625		625		
6281 Prestations de blanchissage à l'extérieur			4 000		4 000		
6282 Prestations d'alimentation à l'extérieur			15 120		15 120		
6283 Prestations de nettoyage à l'extérieur			1 000		1 000		
6288 Autres prestations			500		500		
<b>TOTAL GROUPE I</b>			<b>63 101</b>		<b>63 101</b>		

<b>GRUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL</b>		Réel 2007	Budget exécutoire 2008	Budget prévisionnel proposé 2009			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
				Recon- duction	Mesure nouvelle	Total		
621	Personnel extérieur à l'établissement							
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires			888		888		
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)			1 558		1 558		
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)			4 255		4 255		
641	Rémunération du personnel non médical			89 582		89 582		
642	Rémunération du personnel médical							
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance			32 617		32 617		
647	Autres charges sociales			1 586		1 586		
<b>TOTAL GRUPE II</b>				<b>130 486</b>		<b>130 486</b>		

<b> GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE</b>	Réal 2007	Budget exécutoire 2008	Budget prévisionnel proposé 2009			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon-duction	Mesure nouvelle	Total		
6152 Entretien et réparations sur biens immobiliers			438		438		
6155 Entretien et réparations sur biens mobiliers			438		438		
6156 Maintenance			1 125		1 125		
616 Primes d'assurances			438		438		
618 Divers			156		156		
623 Information, publications, relations publiques			94		94		
627 Services bancaires et assimilés			38		38		
<b>AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE</b>							
658 Charges diverses de gestion courante			100		100		
<b>CHARGES FINANCIERES</b>							
66 Charges financières			6 800		6 800		
<b>DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS</b>							
6811 Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles			8 333		8 333		
<b>TOTAL GROUPE III</b>			<b>17 958</b>		<b>17 958</b>		

<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>			<b>211 545</b>		<b>211 545</b>		
<b>TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION</b>			<b>211 545</b>		<b>211 545</b>		

<b> GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION</b>	Réal 2007	Budget exécutoire 2008	Budget prévisionnel proposé 2009			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon- duction	Mesure nouvelle	Total		
731 Produits de la tarification relevant du I de l'article L.312-1 du CASF			46 241		46 241		
734 Tarif dépendance			48 736		48 736		
736 Tarif soins (EHPAD)			116 569		116 569		
<b>TOTAL GROUPE I</b>			<b>211 546</b>		<b>211 546</b>		
<b> GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION</b>							
<b>TOTAL GROUPE II</b>							
<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>			<b>211 546</b>		<b>211 546</b>		
<b>TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION</b>			<b>211 546</b>		<b>211 546</b>		

**TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS**

Intitulé	Sections d'imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
<b>Total des charges d'exploitation</b> Hébergement=A1, dépendance=A2, soins=A3	46 241	48 736	116 569	211 545
<b>Produits autres que ceux de la tarification</b> Hébergement=B1, dépendance=B2, soins=B3 Contribution de l'assurance maladie prévue à l'art. R.314-188 du CASF=B4				
<b>Incorporation des résultats des exercices antérieurs</b> Hébergement=C1, dépendance=C2, soins=C3				
<b>Base de calcul des tarifs journaliers</b> Tarif moyen journalier hébergement=D1 soit $A1-B1+C1$ dépendance=D2 soit $[A2-(B2+B4)]+C2$ soins=D3 soit $A3-B3+C3$ Quote-part charges nettes relatives aux aides-soignantes et aux AMP imputée sur la section tarifaire soins=E	46 241	48 736	116 569 63 804	
Production totale de points GIR de l'établissement=F Valeur nette du point GIR aides-soignantes et AMP= $E/(GMP \times \text{Capacité occupée})$ Valeur nette du point GIR dépendance= $(A2-B2)/F$		4,45	13,60	10 960
Production de points GIR dans les groupes 1 et 2=G1 Production de points GIR dans les groupes 3 et 4=G2 Production de points GIR dans les groupes 5 et 6=G3				8 320 2 640
Proportion de points GIR dans groupes 1 et 2= $G1/F=H1$ Proportion de points GIR dans groupes 3 et 4= $G2/F=H2$ Proportion de points GIR dans groupes 5 et 6= $G3/F=H3$				75,91 % 24,09 %

**TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS (suite)**

Intitulé	Sections d'Imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
Nb. de journées prévisionnelles hébergement pour les personnes classées dans les groupes 1 à 6 =I	2 160			
Nb de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 1 à 6 =J		2 160	2 160	
Nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 1 et 2 =K1		1 440	1 440	
Nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 3 et 4 =K2		720	720	
Nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 5 et 6 =K3				
Pourcentage du nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 1 et 2 =L1		66,67 %	66,67 %	
Pourcentage du nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 3 et 4 =L2		33,33 %	33,33 %	
Pourcentage du nb. de journées prévisionnelles dépendance et soins pour les personnes classées dans les groupes 5 et 6 =L3				
Calcul du tarif journalier net moyen hébergement=D1/I	21,41			
Calcul du tarif journalier dépendance pour les Gir 1 et 2=D2xH1/K1		25,69		
Calcul du tarif journalier dépendance pour les Gir 3 et 4=D2xH2/K2		16,30		
Calcul du tarif journalier dépendance pour les Gir 5 et 6=D2xH3/K3		6,92		
Calcul du tarif journalier soins pour les Gir 1 et 2 =[(ExH1)+(D3-E)xL1]/K1			58,06	
Calcul du tarif journalier soins pour les Gir 3 et 4=[(ExH2)+(D3-E)xL2]/K2			45,77	
Calcul du tarif journalier soins pour les Gir 5 et 6=[(ExH3)+(D3-E)xL3]/K3			19,42	
Dotation globale de financement soins=D3+B4			116 569	

**TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS (suite)**

Intitulé	Sections d'imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
TARIF JOURNALIER « HEBERGEMENT »	21,41			
TARIF JOURNALIER « DEPENDANCE » - POUR LES GIR 1 ET 2		25,69		47,10
TARIF JOURNALIER « DEPENDANCE » - POUR LES GIR 3 ET 4		16,30		37,71
TARIF JOURNALIER « DEPENDANCE » - POUR LES GIR 5 ET 6		6,92		28,32
TARIF JOURNALIER « SOINS » - POUR LES GIR 1 ET 2			58,06	
TARIF JOURNALIER « SOINS » - POUR LES GIR 3 ET 4			45,77	
TARIF JOURNALIER « SOINS » - POUR LES GIR 5 ET 6			19,42	
TARIF JOURNALIER POUR LES MOINS DE 60 ANS	43,97		53,97	
DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT « SOINS »			116 569	
<b>CALCUL DE LA DOTATION MINIMALE DE CONVERGENCE (DO-MINI-C)</b>				
Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) = GMP + 160			953,33	
<b>DO-MINI-C= 10,1 x (GMPS) x NB résidents</b>			115 544,00	
ECART AVEC DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT			1 024,68	
Ecart en % entre Dominic et Dotation			0,89 %	



**TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS (suite)**

Intitulé	Sections d'Imputation			TOTAL
	Hébergement	Dépendance	Soins	
DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT "SOINS" ISSUE DE PATHOS				
Option Soins de l'établissement : tarif partiel médicaments exclus				
Valeur du point GMPS applicable			8,85	
Pathos Moyen Pondéré – PMP			187	
Coefficient à appliquer:			2,59	
GIR moyen pondéré soins - GMPS:			1 277,66333	
Capacité exploitée:			12	
<b>Dotation = Valeur du point GMPS x (GMP + (PMP x 2,59)) x capacité exploitée</b>			<b>135 688</b>	

PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)</b>						
<b>RESSOURCES</b>						
Don du terrain : 300 K€ et apport Chardon bleu : 600 K€						
Subvention Conseil général						
Subvention Commune						
Subvention CNSA	40 000					
<b>Emprunts prévus au plan</b>	170 000					
<b>Amortissements des acquisitions du plan</b>						
Constructions (bâtiments)	6 333	6 333	6 333	6 333	6 333	6 333
Agencements installations						
Matériel-outillage, équipements mobiliers	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
<b>Total = A</b>	<b>218 333</b>	<b>8 333</b>	<b>8 333</b>	<b>8 333</b>	<b>8 333</b>	<b>8 333</b>
<b>EMPLOIS</b>						
Subventions d'investissement inscrites au compte de résultat	1 333	1 333	1 333	1 333	1 333	1 333
<b>Remboursement des emprunts prévus au plan</b>	5 667	5 667	5 667	5 667	5 667	5 667
<b>Investissements prévus au plan : terrain</b>						
Constructions (bâtiments)	190 000					
Matériel-outillage, équipements mobiliers	20 000					
<b>Total = B</b>	<b>217 000</b>	<b>7 000</b>	<b>7 000</b>	<b>7 000</b>	<b>7 000</b>	<b>7 000</b>
<b>VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C</b>	1 333	1 333	1 333	1 333	1 333	1 333
<b>FRI INITIAL = D</b>		1 333	2 667	4 000	5 333	6 667
<b>FRI CUMULE = D + C = E</b>	1 333	2 667	4 000	5 333	6 667	8 000

PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT (suite)						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)</b>						
<b>RESSOURCES</b>						
Total = F	0	0	0	0	0	0
<b>EMPLOIS</b>						
Total = G	0	0	0	0	0	0
<b>VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H</b>	0	0	0	0	0	0
<b>FRE INITIAL = I</b>		0	0	0	0	0
<b>FRE CUMULE = I + H = J</b>	0	0	0	0	0	0
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J)</b>	1 333	2 667	4 000	5 333	6 667	8 000
<b>VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR)</b>						
<b>AUGMENTATIONS</b>						
Total = K	0	0	0	0	0	0
<b>DIMINUTIONS</b>						
Total = L	0	0	0	0	0	0
<b>VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M</b>	0	0	0	0	0	0
<b>BFR INITIAL = N</b>	0	0	0	0	0	0
<b>BFR CUMULE = N + M = O</b>	0	0	0	0	0	0

<b>PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT (suite)</b>						
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H – M = P</b>	1 333	1 333	1 333	1 333	1 333	1 333
<b>TRESORERIE INITIALE</b>	<b>0</b>	<b>1 333</b>	<b>2 667</b>	<b>4 000</b>	<b>5 333</b>	<b>6 667</b>
<b>TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE</b>	<b>1 333</b>	<b>2 667</b>	<b>4 000</b>	<b>5 333</b>	<b>6 667</b>	<b>8 000</b>
<i>(estimations des montants à ajouter en fin d'année)</i>						
Dettes fournisseurs d'immobilisations						
Autres postes (fonds des majeurs protégés...)						
Montant minimum de liquidités nécessaires						
<b>LIQUIDITES EN FIN DE PERIODE</b>	<b>1 333</b>	<b>2 667</b>	<b>4 000</b>	<b>5 333</b>	<b>6 667</b>	<b>8 000</b>