



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**D'UNE MAPA À UN EHPAD AVEC UNE UNITÉ ALZHEIMER EN
ZONE RURALE : UN PROJET POUR VIEILLIR SUR SON
TERRITOIRE**

Gilles BASTIER

CAFDES

2007

Remerciements

Je tiens à remercier :

Toute l'équipe municipale de Saint-Sulpice-les-Feuilles sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour, et spécialement Monsieur le Maire Hervé BERNARD pour la confiance qu'il me témoigne.

Toute ma famille qui me soutient au quotidien dans mon investissement professionnel et dans le cadre de la formation CAFDES.

Toute l'équipe pédagogique de l'IRTS Aquitaine pour la qualité des apports qu'ils ont dispensés durant cette formation, et Mr François FERRER, mon Directeur de mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 UNE MAPA HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES VIEILLISSANTES, CONFRONTEE A LA DEPENDANCE ET A LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	3
1.1 Caractéristiques de l'établissement.....	3
1.1.1 De la gendarmerie rénovée à la MAPA d'aujourd'hui : Trente années dédiées à l'accueil des anciens.....	3
1.1.2 Un établissement sur un territoire au cœur du «désert Français».....	7
1.1.3 Une MAPA insérée et dépendante du tissu local.....	11
1.2 Principales caractéristiques des personnes âgées accueillies à la Résidence du Cèdre.....	12
1.2.1 Du vieillissement à la perte d'autonomie.....	12
1.2.2 La recrudescence des malades Alzheimer.....	19
1.2.3 Un ancrage territorial fort.....	21
1.3 Une offre de service de proximité appréciée qui a trouvé ses limites.....	22
1.3.1 Au regard de la satisfaction des besoins des usagers.....	22
1.3.2 Révélé par deux audits en 2005.....	25
1.3.3 Face aux politiques publiques rénovant un secteur en pleine mutation.....	27
1.4 Synthèse d'une situation qui questionne et appelle le changement.....	31
1.4.1 Un constat synthétique.....	31
1.4.2 Des écarts importants.....	32
1.4.3 Conclusion de la première partie.....	33
2 PRENDRE SOIN, UNE APPROCHE GLOBALE DE L'USAGER.....	34
2.1 Soigner, une dimension du projet de vie.....	34
2.1.1 Entre soigner et prendre soin.....	34
2.1.2 Prendre soin, préserver avant tout l'autonomie.....	36
2.1.3 L'organisation des soins : Une porte vers la bienveillance?.....	37

2.2	L'unité Alzheimer dans l'EHPAD: Un lieu qui prend soin ?.....	38
2.2.1	Un mode d'hébergement qui tente de répondre aux risques.....	38
2.2.2	Une architecture favorisant le traitement de la maladie.....	41
2.2.3	Une approche non médicamenteuse valorisant la participation.	44
2.3	Travailler en réseau pour prendre soin ?	47
2.3.1	S'unir pour travailler, une idée ancienne, rappelée par les textes.....	47
2.3.2	Les CLIC et les réseaux de santé : Deux dispositifs incontournables.....	49
2.3.3	Entre bienfaits et dérives du réseau, quelle stratégie ?	52
3	LA REORGANISATION GLOBALE POUR GARANTIR UN PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES A VIEILLIR SUR LEUR TERRITOIRE.....	56
3.1	Accompagner toutes les personnes vieillissantes par la mise en œuvre de projets axés sur le prendre soin.....	56
3.1.1	Le projet institutionnel : Des fondements décidés collectivement.	56
3.1.2	Une construction du projet de vie d'établissement axé sur la satisfaction des besoins des usagers.....	58
3.1.3	Mettre en œuvre de nouveaux outils garantissant l'information, l'individualisation de la prise en charge et la citoyenneté.	61
3.2	Accueillir dans un bâtiment rénové et réinscrit sur son territoire d'intervention.	63
3.2.1	Améliorer les conditions d'accueil dans l'EHPAD.	63
3.2.2	Accueillir des résidents dans l'unité Alzheimer de l'EHPAD.....	65
3.2.3	Réinscrire l'établissement sur son territoire par le travail en réseau.	66
3.3	Des points de vigilance pour la réussite du projet : Constituer et former une équipe, évaluer la prise en charge et mettre en œuvre les moyens financiers.	68
3.3.1	Le personnel, clé de voûte du projet.	68
3.3.2	Mettre en œuvre l'évaluation avec des outils pertinents.....	73
3.3.3	La mise en œuvre de moyens financiers.	74
	CONCLUSION	76
	BIBLIOGRAPHIE	77
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

- A.L.O.I.S : Association Limousine d'Observation et d'Information sur les Soins Alzheimer et maladies apparentées.
- A.P.A : Allocation Personnalisée Autonomie.
- A.R.H : Agence Régionale d'Hospitalisation.
- A.G.G.I.R : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
- A.N.G.E.L.I.Q.U.E : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers d'un Etablissement.
- C.A.F.D.E.S : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'Intervention sociale.
- C.A.N.T.O.U : Centre d'Animation Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
- C.A.S.F : Code de l'Action Sociale et des Familles.
- C.C.A.S : Centre Communal d'Action Sociale.
- C.R.A.M : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.
- C.R.O.S.M.S : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.
- C.L.I.C : Centre Local d'Information et de Coordination.
- D.A.V.A : Dispositif d'Accompagnement à la Validation des Acquis.
- D.D.A.S.S : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DOMINIC : Dotation Minimale de Convergence.
- D.R.A.S.S : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- D.R.D.R : Dotation Régionale de Développement des Réseaux.
- E.H.P.A : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées.
- E.H.P.A.D : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.
- F.A.Q.S.V : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de ville.
- F.N.A.D.E.P.A : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissement et de Service pour Personnes Agées.
- G.I.R : Groupe Iso ressources.
- G.M.P : GIR Moyen Pondéré.
- H.A.C.C.P : Hazard Analysis an Critical Control Point.
- I.D.E : Infirmière Diplômée d'Etat.
- I.N.S.E.E : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- L.I.N.U.T : Limousin Nutrition.
- M.A.P.A. : Maison d'Accueil pour Personnes Agées.
- M.S.A : Mutualité Sociale Agricole.
- O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

O.N.D.A.M : Objectif National des dépenses d'Assurance Maladie.

P.A.P : Programme d'Action Prioritaire.

P.U.V : Petite Unité de Vie.

R.E.I.M.P.H.O.S : Réseau d'Echange et d'Information Médicale relative aux Patients Hospitalisés.

S.R.O.S : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

S.S.I.A.D : Service de Soins Infirmiers A Domicile.

U.R.C.A.M : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

U.S.L.D : Unité de Soins de Longue Durée.

V.A.E : Validation des Acquis et de l'Expérience.

Introduction

J'ai pris mes fonctions de directeur de la maison de retraite rurale de Saint-Sulpice- Les- Feuilles, dans le nord du département de la Haute-Vienne, le 6 mars 2002. Depuis cette date, je me suis toujours attaché à accompagner les usagers et leurs familles, selon leurs souhaits et en adéquation avec les moyens de l'établissement. En 5 ans, la situation a beaucoup changé au regard notamment du vieillissement de la population de la Résidence. Seul, planté au milieu du parc, l'immense Cèdre renvoie l'image d'une longévité extraordinaire, à l'instar de nos anciens.

Si l'établissement bénéficie d'une bonne réputation auprès de la population locale, l'offre de service conçue initialement pour des personnes âgées autonomes trouve ses limites aujourd'hui : En effet, dans la prise en charge des personnes âgées, rien n'a été prévu pour répondre aux deux phénomènes majeurs actuels engendrés par le vieillissement de la population: D'une part l'augmentation du niveau de dépendance et d'autre part la recrudescence des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Percevant alors les premiers dysfonctionnements d'une organisation à bout de souffle et d'une équipe en tension, constatant les premières insatisfactions d'une population âgée dont la fragilité impose l'excellence dans sa prise en charge et dont les besoins ont évolué, la question de conduire un changement s'est imposée à tous : A moi, aux résidents, aux familles, aux élus, et aux Autorités de Tutelles et de Contrôle.

Le projet de direction que je vais exposer est celui d'un établissement qui a fait le choix de s'adapter aujourd'hui aux nouveaux enjeux liés à la grande vieillesse. Cela afin de continuer cette mission de service de proximité et refuser un «exode médico-social» de fin de vie des personnes âgées, au prétexte qu'elles sont devenues trop dépendantes ou trop démentes pour rester sur leur territoire. Un projet où l'enjeu est de répondre, pour le directeur, à de nouveaux besoins. Un projet attendu et soutenu par une population lassée d'assister à la désertification des services de leur village.

Dans la première partie de ce mémoire, je présente un diagnostic de la situation, au travers d'une présentation de l'établissement dans son environnement, et d'une analyse de la population accueillie, au regard de l'offre de service proposée aux usagers. Une conclusion me conduira à fonder ma problématique.

En seconde partie, seront abordés les éléments théoriques et conceptuels permettant de s'interroger sur les conditions nécessaires à l'amélioration de la prise en

charge de la personne âgée dans l'établissement, en y intégrant la dimension du prendre soin.

Une troisième partie, me permettra muni de ces éclairages, de présenter mon projet de direction, basé sur une réorganisation de l'offre de service de l'établissement, intégrant une approche globale de l'utilisateur, et incluant sa participation.

1 Une MAPA hébergeant des personnes âgées vieillissantes, confrontée à la dépendance et à la maladie d'Alzheimer.

Dans cette première partie, je vais tenter de poser un diagnostic objectif autour d'une trilogie : Un établissement qui a fait son temps, hébergeant une population dont les caractéristiques ont changé, et dont les prestations rendues à l'utilisateur interrogent aujourd'hui. Une synthèse de cette situation, me permettra de proposer ma problématique.

1.1 Caractéristiques de l'établissement.

Afin de comprendre la situation actuelle de l'établissement, il est nécessaire de revenir quelques années en arrière et de regarder la construction historique de celui-ci jusqu'à aujourd'hui. C'est en 1977 que la gendarmerie déménage, et restitue à la commune de Saint-Sulpice-les-Feuilles le bâtiment dont elle est propriétaire.

1.1.1 De la gendarmerie rénovée à la MAPA d'aujourd'hui : Trente années dédiées à l'accueil des anciens.

L'opportunité pour la commune de 1400 habitants de récupérer un bâtiment entretenu coïncide avec l'arrivée des premières difficultés engendrées par la vieillesse: Face à la fragilité des personnes âgées souvent isolées dans des fermes, notamment des femmes restées seules après le décès de leur mari, ou du départ des enfants partis travailler loin, les élus attachés au C.C.A.S¹ dont les missions sont de porter assistance socialement aux plus démunis, décident d'emboîter le pas à la vague nationale de création des foyers logements.

A) Le succès du foyer logement.

Le foyer logement est une structure définie par le décret du 11 avril 1979 comme « *un établissement à caractère social, qui assure le logement dans des immeubles comportant des locaux communs meublés, ainsi que, le cas échéant diverses prestations annexes telles que blanchisserie, service de soins ou service socio-éducatif moyennant une redevance* »².

Le foyer logement prend place idéalement dans l'ancienne Gendarmerie de trois étages en 1977. Les 14 appartements laissés vacants font alors l'objet d'une rénovation

¹ C.C.A.S: Centre Communal d'Action Sociale.

² BORGETTO M., LAFORE R., *Droit de l'aide et de l'action sociale*, 5^{ème} édition, PARIS, Montchrestien, 2004, p 322.

sommaire puis loués à des personnes âgées de 60 ans encore valides. La situation en plein bourg, au bord de la route principale, favorise les échanges sociaux intergénérationnels et permet de maintenir ou de préserver le lien social, grâce à cette intégration au cœur du village.

L'accès au confort moderne dans chaque appartement, avec la douche, le lavabo et les toilettes, permet également à ces personnes souvent d'origine modeste d'améliorer considérablement leur qualité de vie et de mieux appréhender les premières difficultés liées à la vieillesse. Ce mode de vie, moderne et sécurisant en son temps, a fait le succès du foyer logement. Toutefois, malgré son indéniable attrait, l'avenir s'assombrit lentement.

B) Un déclin progressif, malgré des tentatives d'adaptations jusqu'en 1997.

Le quotidien des personnes habitant en foyer logement est basé sur le mode de vie du domicile. Cette notion de domicile est importante car elle sous-tend d'y cuisiner, d'y faire son ménage, son linge, d'y recevoir de la visite...C'est un lieu de vie, et d'échange, mêlant les espaces privatifs que sont les appartements et une pièce de vie commune au rez-de-chaussée accolée à un office. Un certain niveau d'indépendance et d'autonomie y est requis.

Sept ans après son ouverture, en 1985, une cantinière, fut recrutée par la commune pour soulager les résidents qui le souhaitaient, de faire leurs repas de midi et du soir. Au fil du temps, celle-ci fut employée à temps plein, pour préparer et servir les repas de tous les résidents, préparer les médicaments pour certains d'entre eux. Puis cette dernière, malgré son dévouement, fut dépassée par le volume des tâches à accomplir au quotidien du fait d'un élargissement permanent de ses missions: Cuisine, économat, blanchisserie, gardiennage, entretien des locaux...Une polyvalence qui a permis aux résidents de bénéficier d'une multitude de services et à l'établissement de fonctionner.

En 1995, soit dix années après l'arrivée de la cantinière, il s'est produit un inversement du sens des échanges du fait de l'incapacité grandissante des résidents à sortir seuls à l'extérieur. Les services viennent à l'établissement alors qu'auparavant les résidents allaient vers les services situés dans le village. Les liens sociaux avec la population changent, se distendent peu à peu de par cette inversion du sens des échanges. La dépendance s'est invitée, sans qu'aucune solution pour y faire face n'ait été anticipée. Tous les professionnels médico-sociaux gravitent à présent autour du foyer logement dans une cacophonie d'intervenants.

L'absence d'une organisation interne, et d'une coordination pose dès lors problème. Des tensions entre intervenants libéraux apparaissent, ainsi que des insatisfactions de certains usagers ou de leur famille. Le C.C.A.S, entité gestionnaire qui se contentait jusqu'alors d'adresser des bourriches pour Noël aux pensionnaires et d'encaisser les loyers, décide de tourner la page du foyer logement et de repenser une offre mieux adaptée aux anciens.

C) Du foyer logement à la MAPA d'aujourd'hui: Une évolution marquante.

L'évolution vers une nouvelle forme d'établissement mieux adaptée pour accueillir les anciens est recherchée par la commune. Le projet porté en 1996, conduira à l'ouverture en 1999 de « La Résidence du Cèdre » dans sa forme actuelle.

a) *Un établissement rénové et agrandi avec une extension de 14 chambres.*

En 1996, furent conduites une rénovation et une extension de capacité de l'établissement. Celle-ci passant de 14 à 25 résidents. Ce projet comportait :

- Le réaménagement des espaces de vie du rez-de-chaussée comprenant un office, une salle à manger, un salon, une salle de soins, une salle de bain et une blanchisserie.
- La création de 9 chambres au premier étage, dont une double, soit dix places supplémentaires.
- La création de 4 studios au second étage qui seront loués par la commune directement à des tiers, et dont la gestion ne sera pas rattachée à la maison de retraite.
- Une extension sur l'arrière du bâtiment de 14 chambres dont une double regroupées autour d'un patio à ciel ouvert. (cf plan de masse en **annexe 1**)
- L'installation d'une centrale de détection incendie et d'un système d'appel malade.

b) *Des moyens humains sans coordination ni projet.*

Si l'aspect architectural a relativement été bien pensé par l'architecte en intégrant les dernières normes concernant l'accueil des personnes âgées, l'essentiel a été à mon avis oublié : L'absence de projet d'établissement et l'absence d'une gouvernance bien définie.

Concernant le volet « hébergement », cinq femmes, des agents d'entretien de la fonction publique territoriale seront recrutées. Cette équipe va constituer un noyau très solidaire et impliqué. Elles interviennent principalement sur la partie hébergement de la

prestation : une partie dédiée à l'entretien des locaux et l'autre sur les tâches qui sont liées à la restauration.

Concernant la prise en charge de la dépendance des résidents, celle-ci sera assurée par l'intervention des Aides-soignantes du S.S.I.A.D³, pour réaliser 5 toilettes quotidiennes. Une convention de coopération est conclue avec l'accord de la D.D.A.S.S⁴, entre l'Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin et la M.A.P.A.⁵ Cela permet d'offrir une prise en charge quotidienne pour la toilette des personnes les plus dépendantes, et d'assurer un suivi régulier de l'hygiène des autres résidents.

Les autres actes de la vie quotidienne des personnes âgées sont faits par le personnel en interne : Le lever, l'habillage, l'accompagnement aux toilettes, le déplacement dans l'établissement, les promenades, l'installation et l'aide au repas. Le personnel agent d'entretien est polyvalent.

En ce qui concerne les soins, les intervenants médicaux et paramédicaux interviennent comme au domicile : Le médecin libéral se déplace sur appel du résident, de sa famille, ou du personnel. Il se fait régler directement sa consultation par le résident. Les infirmières libérales, et les kinésithérapeutes, quant à eux, interviennent sur prescription médicale. Les infirmières libérales préparent une fois par semaine les médicaments dans des piluliers. Un élu, retraité médecin de campagne se rend une fois par semaine à la résidence afin de « surveiller » le bon fonctionnement de la résidence.

La gouvernance de la résidence du cèdre s'est avérée défectueuse dès l'ouverture avec notamment deux choix qui, a posteriori, se sont révélés préjudiciables :

D'abord le choix est fait de gérer l'établissement à distance, à la mairie qui est située à 500 mètres de la maison de retraite. L'information circule mal, le personnel se présente régulièrement au comptoir pour des problèmes de planning, ou de paye. La secrétaire chargée de la maison de retraite doit également gérer les résidents, mais comment le faire sans être à côté ? Gérer les familles, les intervenants, les approvisionnements, la maintenance... Comment décider sans proximité immédiate ?

Enfin, la secrétaire devant prendre en charge la gestion du personnel (planning et paye), la gestion financière, et celle des résidents, sera débordée dès 2001 et capitulera face à la réforme de la tarification avec la mise en oeuvre du dispositif A.P.A⁶ et de la double facturation hébergement et dépendance.

³ S.S.I.A.D : Service de Soins Infirmiers A Domicile.

⁴ D.D.A.S.S : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

⁵ M.A.P.A : Maison d'Accueil pour Personnes Agées.

⁶ A.P.A : Aide Personnalisée à l'Autonomie.

Le Maire, lassé d'être interpellé pour des problèmes concernant le fonctionnement de la maison de retraite décide alors de recruter une attachée contractuelle pour prendre la direction de la maison de retraite. Celle-ci y restera un an jusqu'en mars 2002, date à laquelle j'ai été recruté après avoir réussi le concours d'infirmier territorial.

c) *Une appellation et un statut:*

La Résidence du Cèdre, du nom de l'arbre situé dans le parc, est une maison de retraite publique non autonome. Celle-ci est appelée aussi M.A.P.A, constituant une forme moderne de la maison de retraite ou du foyer logement. Apparues dans les années 1980, les M.A.P.A relèvent de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elles ont été conçues pour permettre d'accueillir des personnes âgées dont la perte d'autonomie rend difficile leur maintien à domicile.

La Résidence est rattachée financièrement au budget annexe du C.C.A.S de la commune. Son statut juridique est celui d' E.H.P.A⁷ au regard de sa capacité totale de 25 lits autorisés. De par cette capacité, elle rentre dans le champ de la réforme de la tarification des E.H.P.A.D⁸.

1.1.2 Un établissement sur un territoire au cœur du «désert Français»⁹.

La résidence du Cèdre est située dans le centre du village de Saint-Sulpice-Les-Feuilles, aux confins du Nord du département de la Haute-Vienne, sur l'axe autoroutier A 20 Paris-Toulouse.

A) Le Limousin, une région dans la France qui survit ?

Tout d'abord qu'est-ce qu'un territoire ? Le dictionnaire encyclopédique Hachette¹⁰ définit le territoire comme « *une étendue de terre qu'occupe un groupe humain, une étendue de terre qui dépend d'un État, exemple le territoire français, ou d'une juridiction, exemple : le territoire communal* ». Dans le secteur médico-social, le terme de territoire d'intervention est souvent évoqué. Selon l'I.G.A.S¹¹, « *il s'agit d'un*

⁷ E.H.P.A : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées.

⁸ E.H.P.A.D : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

⁹ En référence au titre de l'ouvrage du géographe GRAVIER J.F de 1947, *Paris et le désert Français*.

¹⁰ Dictionnaire encyclopédique Hachette, Paris, Hachette, 1994.

¹¹ I.G.A.S : Inspection Générale des Affaires Sociales.

espace organisé aux limites fixes où s'exerce une autorité, un pouvoir, une compétence ; le territoire est alors fondé sur un souci de cohérence et de desserte. Lorsque l'équilibre où l'équité n'y sont pas ou mal assurés, il devient nécessaire d'aménager le territoire.¹²»

En 1956 lorsque furent créés des « régions de programmes » destinées à réduire les inégalités régionales, le découpage retenu comportait 22 régions. L'un des principes de la délimitation de celles-ci était d'avoir un million d'habitants. Le Limousin a bien failli ne pas naître et aujourd'hui encore, reste bien en dessous de ce seuil puisque comptant 722 000 habitants en 2004 selon le dernier recensement de l'INSEE.

Le Limousin occupe une place très modeste parmi les 22 régions de la métropole, souvent lanterne rouge juste avant la Corse. Quelques données de Daniel NOIN, extraites de « la France des régions »¹³ en attestent: Elle se classe 21^e concernant la population, elle représente 1,2 % de la population totale, et peut donc être considérée comme peu peuplée. Sur le plan économique, celle-ci ne représente que 1 % du produit intérieur brut (P.I.B) et se classe toujours 21^e. Également le Limousin est un territoire pauvre où la richesse, si on l'évalue par les placements immobiliers ou par l'impôt sur la fortune, ne représentent que 0,5 % par rapport à la France. La dynamique économique est également mauvaise, si on l'apprécie par l'évolution de l'emploi, qui est négative. De 1975 à 2001, la région a perdu 10 000 emplois, le Limousin est encore 21^e... Il occupe 272 000 personnes soit 1% des emplois nationaux¹⁴

Selon une étude de l'O.R.S¹⁵ du Limousin de novembre 2001, le Limousin présente la densité de population (42 habitants au kilomètre carré) la plus faible de France après la Corse. La proportion de plus de 60 ans est de 30 %, et près de la moitié des habitants vit à la campagne dont 30 % en rural profond.

Enfin, si l'on regarde la projection détaillée de la population à 2030¹⁶, le Limousin va perdre encore 7,8% de sa population, alors qu'au niveau national la croissance prévue est de 8,8%. Le schéma qui suit,¹⁷ illustre bien la situation du Limousin, dans cette France qui survit mal, décline et qui est si proche de la France qui meurt.

¹² I.G.A.S ; Rapport annuel 2002, Politiques Sociales de l'Etat et Territoires, La documentation Française p19.

¹³ NOIN D., *La France des régions*, Paris, Armand Collin, 2004, 94p.

¹⁴ CHAMPSAUR P., *La France des régions*, Paris, INSEE références, 2005, p 65.

¹⁵ O.R.S : Observatoire Régional de Santé.

¹⁶ CHARPIN J-M., *Les personnes âgées*, INSEE références, , ed. 2005, Paris, p 25

¹⁷ [Http://www.region-limousin.fr/2027/index.php/2007/06/25/103-la-societe-francaise-de-demain-des-tensions-previsibles](http://www.region-limousin.fr/2027/index.php/2007/06/25/103-la-societe-francaise-de-demain-des-tensions-previsibles)

« La démographie et la physionomie hexagonale d'ici 2030 »



B) Le village de Saint-Sulpice-les-Feuilles : Le risque et le désenclavement.

Sa situation est limitrophe de deux autres régions administratives (région Centre et région Poitou Charentes) et de trois autres départements : la Creuse, l'Indre et la Vienne. Cette situation géographique engendre des cloisonnements administratifs qui alourdissent et complexifient souvent les relations entre les organismes pour la population et les usagers de la Résidence: Qu'il en soit des dossiers A.P.A, ou des dossiers d'aide sociale.

Saint-Sulpice-les-Feuilles est un village de 1300 habitants, chef-lieu de canton de la Haute-Vienne. Après un déclin important (2 200 habitants en 1891) la population communale a encore diminué, perdant 12 habitants entre 1999 et 2004, selon le dernier recensement de l'INSEE de 2004. La population active diminue également et passe de 492 en 1999 à 448 en 2004.

Selon l'étude de l'O.R.S déjà citée, le canton de Saint-Sulpice les feuilles est classé comme « *plutôt défavorisé par rapport aux inégalités de santé, faisant partie d'un canton âgé rural avec une forte mortalité générale évitable particulièrement par des actions sur le système de soins* ».

L'ouverture de l'autoroute A20 en 1996 a eu comme effet immédiat au niveau de la vie des habitants et des résidents de l'établissement de désenclaver la commune. Elle a permis de favoriser et redynamiser les échanges économiques et sociaux et freiner la désertification. Elle réduit les temps d'accès, notamment aux services de santé situés à Limoges et permet de restaurer un équilibre et d'amoinrir les situations de monopoles. Par exemple en ce qui concerne l'accessibilité aux services, le temps d'accès entre les

établissements de santé de Limoges (70 km par autoroute) et celui de l'Hôpital local de Magnac-Laval (30 km par route départementale) est devenu équivalent. Il s'est produit un « rééquilibrage » concernant la liberté de choisir son hôpital, son médecin, son service.

L'autoroute est socialisante, permet de promouvoir les relations de service, et c'est un outil qui permet à l'usager d'aujourd'hui, d'accéder aux « *quatre domaines clés de la participation sociale* »¹⁸, selon le concept de participation sociale de JR LOUBAT qui reprend quatre axes : La participation économique, la participation relationnelle, la participation civique et la participation culturelle.

Malgré l'effet bénéfique de l'A 20, le S.R.O.S¹⁹ 2006-2011 de la Région Limousin, dit de troisième génération, pointe entre autre que « *même si l'amélioration des infrastructures routières contribue progressivement à désenclaver le territoire, la concentration des services de santé dans les zones urbaines pose les problèmes d'accessibilité aux soins, plus particulièrement pour les personnes âgées. En effet, il est rappelé l'existence de « zones de fragilité » au niveau de la santé et de « zones blanches » en ce qui concerne l'accessibilité aux urgences*²⁰. »

Ainsi le choix de vivre à la campagne où selon l'adage il fait bon vivre, ne doit pas occulter certaines réalités liées aux contraintes d'accès tant aux soins de ville qu'aux secours d'urgences. Ici, la vie s'organise avec une part d'acceptation du risque. Blocages hivernaux, mauvaise réception en téléphonie mobile, être secouru par des pompiers volontaires. Faut-il y renoncer ?

Jean-Claude HENRAD pose la question en ces termes : « *L'équilibre entre sécurité et autonomie devient un problème dans la vieillesse du fait des vues paternalistes concernant les risques encourus. Quelle est la quantité de risque acceptable pour des personnes très fragilisées ?* »²¹ Les enfants disent qu'il faudrait « mettre les villes à la campagne », mais dès lors que l'on vieillit faut-il que les campagnes soient à la ville ?

Vivre heureux n'est peut être qu'accepter de ne pas renoncer à son mode de vie antérieur et d'y rester fidèle jusqu'au bout. Pour garantir cela, l'établissement a su tisser des liens avec son environnement afin de retarder le départ de ses résidents.

¹⁸ LOUBAT J-R., *Promouvoir la relation de service*, Paris, DUNOD, 2007, p 31.

¹⁹ S.R.O.S : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

²⁰ Ces dernières portent sur 18 sites dont pour le Nord de la Haute-Vienne le canton de Châteauponsac et celui de Saint Sulpice les feuilles (87).

²¹ HENRAD J-C., *Les défis du vieillissement*, Paris, La Découverte, 2002, p149.

1.1.3 Une MAPA insérée et dépendante du tissu local.

Pour fonctionner, la Résidence a privilégié en 1999 de faire appel au tissu local. Si ce choix politique, fait par le Maire de faire travailler en priorité les professionnels de la commune est louable, stratégiquement il est plus discutable car il impose au Directeur un carcan d'acteurs parfois pesant.

En tout cas, « *les personnes âgées ne représentent pas un coût. Elles pourraient devenir un moteur de l'économie et une formidable source d'emploi qui garantirait l'aménagement du territoire. D'après Pascal CHAMPVERT, dans beaucoup de départements le premier employeur du canton est la maison de retraite* »²² C'est bien le cas à St Sulpice les Feuilles si l'on considère les emplois directs (11 salariés) et indirects une trentaine de personnes gravitant de près ou de loin autour de la Résidence. Celle ci fait appel à :

- La cuisine centrale du collège qui fournit les repas en liaison chaude-froide.
- Des professionnels de santé libéraux : Deux médecins, un dentiste, deux cabinets d'infirmières, deux kinésithérapeutes.
- Une pharmacie.
- Une société privée d'ambulances.
- Coiffeurs, pédicure.
- Une caserne de pompiers (volontaires) qui intervient dans le cadre des urgences.
- Le livreur de fioul.
- Un hôtel restaurant où les familles qui viennent de loin peuvent dormir.
- Une antenne de la Croix Rouge, sollicitée pour le don de vêtements.
- L'association cantonale de personnes âgées.
- La chambre funéraire communale.
- Des artisans (plombiers, électriciens) qui assurent les dépannages.
- Deux garages avec carburants et taxi.

Au-delà de ce panel d'intervenants locaux, l'établissement a du aller chercher certaines compétences ailleurs en ce qui concerne la prise en charge de la dépendance. Pour cela une convention a été signée entre le SSIAD de l'hôpital de Magnac-Laval et la résidence afin de garantir une prise en charge pour les personnes les plus dépendantes.

²² BEAUDOING M.; *Vieillesse comment faire face au tsunami gériatrique*, TESS, 2005, N°18, p15.

1.2 Principales caractéristiques des personnes âgées accueillies à la Résidence du Cèdre.

« *Tout le monde voudrait vivre longtemps mais personne ne voudrait devenir vieux* » constatait déjà l'écrivain irlandais Jonathan SWIFT au 18^e siècle.²³

Dans cette partie, je vais vous faire part de la représentation que je me suis faite de la personne âgée : Une personne qui subit les affres de la vieillesse au travers de la dépendance, confrontée à la maladie Alzheimer, et dont l'attachement à son territoire est réel.

1.2.1 Du vieillissement à la perte d'autonomie.

A) La personne âgée, de qui parle-t-on ?

Les personnes âgées représentent une frange de la population qu'il nous faut tout d'abord définir. De qui parle-t-on lorsque l'on parle de personnes âgées, car « *de 60 ans, âge légal de la retraite, jusqu'à 122 ans, limite actuelle posée par la vie, la tranche d'âge est large* »²⁴. J'ai retenu de mes lectures plusieurs approches théoriques pour définir la personne âgée.

a) *Le niveau d'activité comme premier critère qui définit la vieillesse.*

Le passage de l'activité professionnelle à l'inactivité est la première étape vers un changement de groupe social : A 65 ans on passe du statut d'actif à celui de retraité, du jeune au vieux. Ce passage se traduit par une crise identitaire en général due à la perte des collègues, avec un champ relationnel qui se resserre, des liens sociaux qui se modifient. Ces retraités, sont en général actifs et ne sont pas considérés comme vieux par la société, car ils jouent un rôle social important dans le cercle associatif mais surtout familial : Ils sont les grands- parents qui aident leurs enfants. Ils sont des « seniors actifs ». Lorsque l'activité diminue complètement y compris dans le cercle familial, on peut parler alors de personnes âgées.

Selon l'encyclopédie en ligne Wikipédia, « *la vieillesse est l'âge ultime de l'être humain, qui succède à l'âge mûr. Appelée aussi par euphémisme le « troisième âge », la vieillesse commence vers l'âge de soixante-cinq ans et correspond à une période de la vie où la plupart des personnes sont retirées de la vie active* »²⁵

²³ GUINCHARD-KUNTNER P., RENAUD M-T; *Mieux vivre la vieillesse*, édition de l'atelier, 2006, p 30

²⁴ PUIJALON Bernadette, TRINCAZ Jacqueline. In *Le droit de vieillir*, Paris, Fayard, p 10.

²⁵ [Http://fr.wikipedia.org/wiki/vieillesse](http://fr.wikipedia.org/wiki/vieillesse).

b) *L'autonomie, qui lorsqu'elle diminue s'appelle dépendance.*

Une personne peut se définir comme âgée en fonction de son niveau d'autonomie. Pour le législateur, celui-ci peut être évalué dès 60 ans, âge minimum légal pour l'octroi de l'APA²⁶.

Les personnes âgées sont placées en six groupes qui définissent leur niveau d'autonomie²⁷: Du plus autonome en GIR 6 au plus dépendant en GIR 1. Cette classification a été mise en place selon la grille AGGIR au regard des capacités à réaliser ou non les actes fondamentaux de la vie quotidienne. Ce n'est plus l'âge chronologique qui compte mais le niveau de dépendance qui vous classe parmi les vieux au regard de la société.

La première transformation qu'ait apporté la nouvelle loi sur l'APA qui a remplacé la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) est celle de la dénomination : Il est plus gratifiant d'aider l'autonomie que de prendre en charge la dépendance.

c) *La personne âgée et la théorie du désengagement.*

La théorie développée par E.CUMMING et W.HENRY²⁸ qualifie le vieillissement comme un désengagement réciproque de la société et de l'individu. Une personne peut être définie comme âgée en fonction du nombre de rôles sociaux qu'elle joue, par la diminution du nombre d'interactions sociales entre elle et son environnement, et par le changement de ses relations qui sont davantage axées sur l'affectif que sur le fonctionnel. Le lien social est supposé être au fondement de la société et la densité de ces liens détermine le niveau d'intégration sociale. Ainsi, on est considéré comme vieux non pas par son âge chronologique, mais dès lors que l'on n'est plus au contact du reste des autres acteurs de la société. (Par exemple : les jeunes, les actifs)

d) *La personne âgée : Vers la fin des apprentissages ?*

Chaque individu apprend à s'intégrer dans la société, c'est-à-dire à y vivre d'une façon conforme à ses règles et usages et à y occuper une place particulière, c'est un

²⁶ L'APA destinée à financer les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées dans le cadre d'un plan d'aide, est attribuée en outre sous conditions d'avoir 60 ans au moins.

²⁷ Le GIR évalue notamment: La cohérence, l'orientation, la mobilité, l'élimination, les capacités à s'alimenter, se vêtir, se laver, la communication. Ces éléments sont répertoriés dans la grille AGGIR et permet de définir un niveau de dépendance (de 1 à 6) qui servira de base de calcul au plan d'aide.

²⁸ E.CUMMING., W.HENRY., *Growing Old, the process of Disengagement*, New-York ,Basic Books, 1961.

processus de socialisation. La socialisation est définie par J.C SOURNIA²⁹ comme « *l'apprentissage de la vie en société visant l'adaptation à l'environnement social par l'assimilation des normes, des valeurs, des structures intellectuelles et culturelles et de savoirs pratiques du milieu, par l'assimilation des normes et des processus d'acquisition des manières de faire, de penser, et des caractéristiques d'un groupe ou d'une société* ».

Cet apprentissage se fait grâce aux agents socialisants qui sont l'école pour l'enfant, puis la famille, le monde du travail, le milieu associatif, et les appartenances culturelles et religieuses. Cet apprentissage permet à l'individu d'apprendre à résoudre les problèmes que pose la vie en société tout au long de sa vie.

Une personne âgée est confrontée à la fois à sa baisse de capacité d'acquérir de nouveaux apprentissages de par ses troubles physiques, mais aussi du fait de l'isolement social dans lequel elle se trouve et qui l'éloigne davantage encore des agents socialisants grâce auxquels l'apprentissage peut se faire.

B) Le vieillissement de la population : « un véritable tsunami gériatrique »³⁰

Les projections de population pour la France à l'horizon 2050 montrent que la population continue de croître et que le vieillissement de celle-ci se poursuit. Selon Isabelle ROBERT-BOBEE, de la division enquête et études démographiques de l'INSEE, « *au 1er janvier 2050, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période mais à un rythme de moins en moins rapide. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre 1 sur 5 en 2005. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005. Aucun scénario ne remet en cause le vieillissement qui est inéluctable* »³¹.

Selon les sources données par la revue focal Insee Limousin³², la région Limousin comprend 11,6 % de seniors de plus de 75 ans alors que la moyenne nationale est de 7,6 %. La région comptera 43,6% de plus de seniors, soit plus 36 000, alors qu'en même temps la population totale va diminuer de 7,8%.

Egalement, il faut compter sur 5 femmes pour 3 hommes après 75 ans et 3 femmes pour 1 homme au-delà de 90 ans. Une étude de l'INED de 2006 intitulée « les

²⁹ SOURNIA J-C: *Dictionnaire des personnes âgées de la retraite et du vieillissement* », secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées, commission ministérielle de terminologie.

³⁰ Pour reprendre l'expression du Dr Jean-Marie VETEL, Président du syndicat national de gérontologie clinique cité par: BEAUDOING M., *vieillesse comment faire face au tsunami gériatrique*, TESS, 2005, N°18, p13.

³¹ ROBERT-BOBEE I., *Projection de la population pour la France métropolitaine*, INSEE Première N°1089, Juillet 2006. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr//ffc/ipweb/ip1089/ip1089.html>

³² DEROIN THEVENIN M., *les personnes âgées aujourd'hui et demain*, Focal INSEE Limousin, n°8, 2004.

femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen. »³³ montre que cette tendance de féminisation du grand âge se joue aussi à l'échelle européenne et qu'il faudra bien tenir compte de cette donnée dans les solutions à mettre en œuvre pour faire face à la montée de la dépendance.

Autant dire que la situation risque d'être difficile, et que l'action gérontologique devra répondre en nombre suffisant à cette montée en puissance du nombre de personnes âgées. En ce sens, Le conseil Général de la Haute-Vienne vient de remettre à jour son schéma gérontologique. Celui-ci, élaboré par l'assemblée départementale pour la période 2007-2011 décide « *face à l'augmentation du nombre de seniors en Haute-Vienne de faire de son action en faveur des personnes âgées une priorité en matière sociale ... Parmi les priorités figurent notamment le renforcement de la capacité d'accueil en EHPAD. Les places à créer sont estimées à 1000 dans les 10 ans à venir.* »³⁴

Madame la Présidente du Conseil Général précise toutefois dans son éditorial du Comité Départemental des Retraites et des Personnes Agées (CODERPA), que « *d'autres pistes sont aussi envisagées comme le maintien à domicile, et le développement de formules intermédiaires de type accueil de jour ou petites unités de jour.* »³⁵

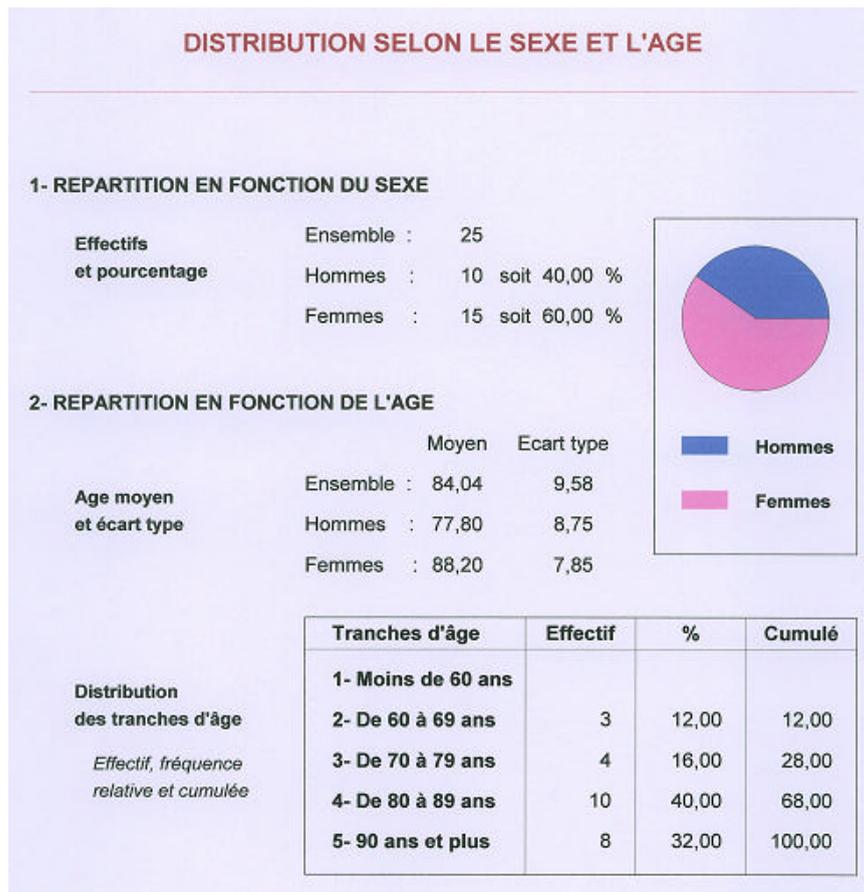
Regardons à présent les caractéristiques de la population de personnes âgées hébergées à la Résidence du Cèdre.

³³ DELBES C., GAYMU J., SPRINGER S., *Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen*, Population et Société ; Bulletin mensuel d'information de l'INED, n°419, janvier 2006.

³⁴ FARGES A, *Le plan gérontologique au cœur des politiques sociales*, Haute-vienne l'express, n°10, 2007.

³⁵ JOUVE S., CODERPA Informations, n° 61, décembre 2006.

C) La population de la Résidence du Cèdre représentée avec le logiciel Galaad³⁶.

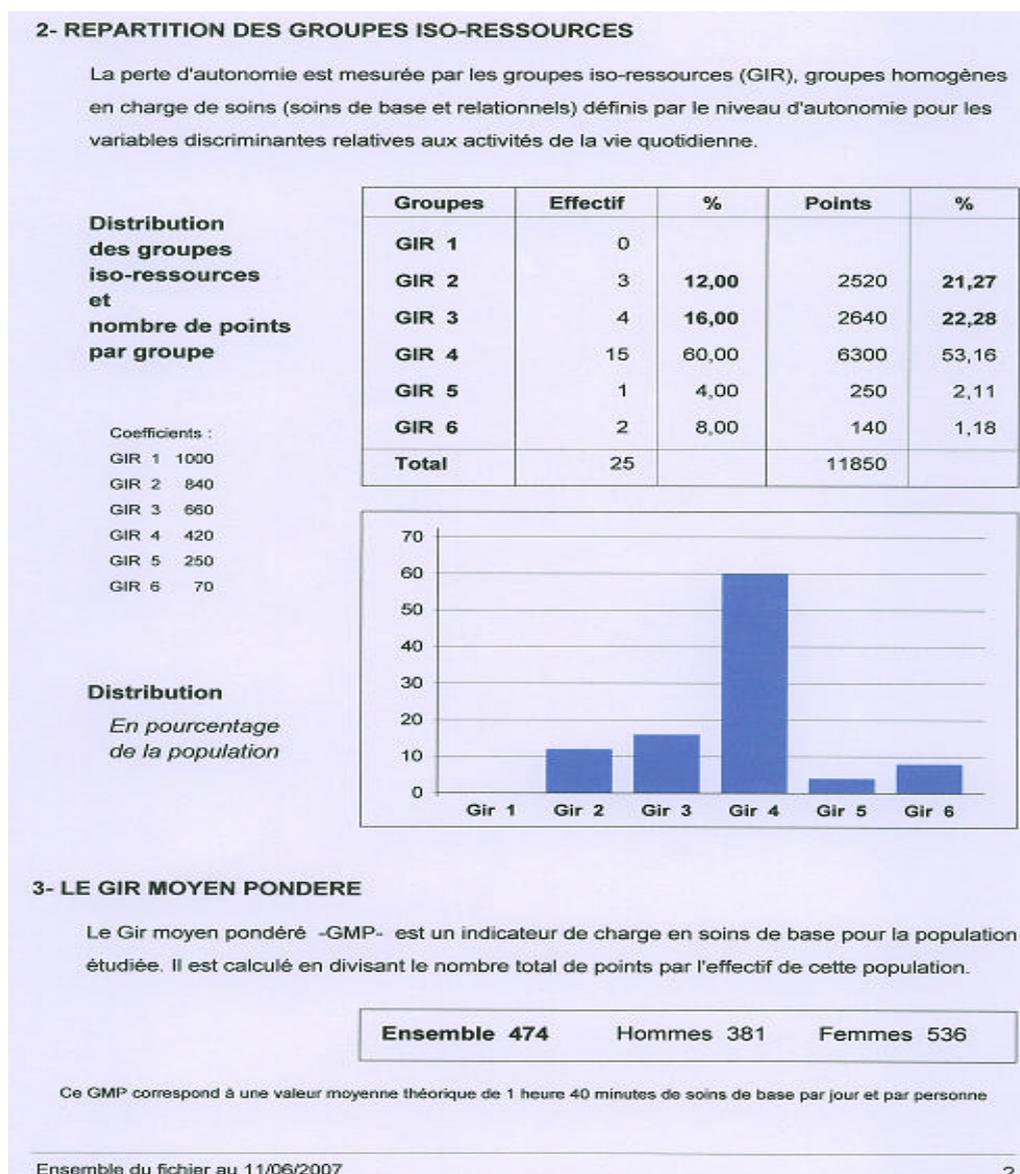


La composition de la population de la Résidence du Cèdre reflète des tendances évoquées précédemment. A savoir, d'abord, une proportion de femmes supérieure à celle des hommes (60 % contre 40%) qui s'explique de par une longévité supérieure du sexe féminin, mais aussi par le fait que la femme, seule après le décès de son mari, ne peut plus s'assumer à son domicile et est obligée d'entrer en institution. (A fortiori à la campagne ou sans proximité immédiate de voisins le maintien au domicile est impossible.)

Egalement, une population totale qui pour 72% d'entre elle a plus de 80 ans, et qui pour 32% en a plus de 90. L'âge moyen de l'arrivée dans l'établissement se situe aux alentours de 85 ans aujourd'hui. Il est de plus en plus rare actuellement d'accueillir des personnes entre 70 et 79 ans (4 aujourd'hui dans l'établissement) et il est exceptionnel d'accueillir des personnes dans la tranche d'âge 60-69 ans. (3 personnes hébergées dans la MAPA sont trois hommes, des « vieux garçons »)

³⁶ G.A.L.A.A.D : Guide Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision. (Programme réalisé par le Département Analyse et Méthodes de la DRSM de Bretagne.)

Observons à présent la répartition des Résidents en Groupe Iso Ressources pour apprécier du niveau de dépendance de l'établissement. Deux traits me semblent intéressants à mettre en avant :



D'abord que la présence en maison de retraite est bien en lien direct avec un niveau de dépendance élevé : Hormis les G.I.R 5-6 qui sont globalement autonomes, les autres résidents sont dépendants pour 88% d'entre eux.

Second point qui cette fois conditionne l'avenir de l'établissement, que va-t-il se passer lorsque les « GIR 4 » vont glisser vers un niveau de dépendance supérieur ? Cette tendance d'augmentation du G.M.P est inéluctable, et si l'on reprend les données de l'établissement sur les 5 dernières années on voit bien que le vieillissement de nos résidents s'accompagne d'une augmentation de leur niveau de dépendance.

Evolution du GMP de la MAPA sur 5 ans

GIR	2003	2004	2005	2006	2007
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	3
3	4	4	5	7	3
4	8	12	13	10	15
5	6	5	3	4	1
6	6	2	4	4	3
TOTAL	24	23	25	25	25
GMP	330	394,3	391,6	404	474

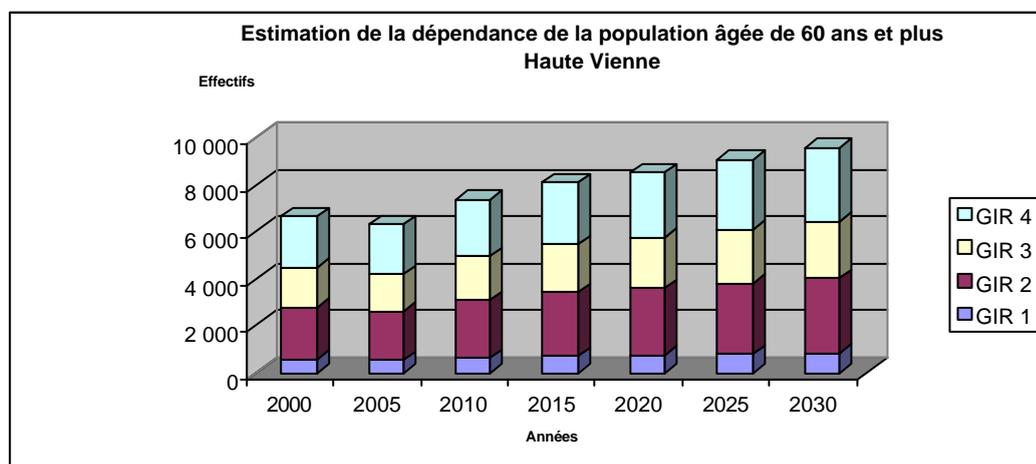
Plus en détail, on constate que 12 personnes sur 25 sont globalement autonomes en 2003 (6 personnes en GIR 6, 6 personnes en GIR 5) soit 48% de la population hébergée. Le GMP est de 330, et correspond à une situation encore acceptable au niveau de la dépendance, bien gérée au quotidien et ne posant pas de problèmes particuliers.

La situation évolue et n'est plus du tout la même en 2007: Il ne reste plus que 4 personnes relativement autonomes (3 personnes en GIR 6, 1 personne en GIR 5) soit 16% de la population. Le GMP est passé de 330 à 474, et a augmenté de 44%.

Cela se traduit concrètement, dans les actes de la vie quotidienne par une demande d'assistance pour 21 personnes sur 25.

Enfin, 3 personnes se retrouvent en GIR 2, dans une situation nécessitant une aide constante pour réaliser les actes de la vie courante. Ces personnes sont très vulnérables, confinées au lit ou au fauteuil et demandent une surveillance accrue. C'est la première fois que l'établissement se retrouve confronté à devoir accueillir 3 personnes simultanément dans cette situation, même s'il arrive très souvent d'accompagner une personne à la fois sur un projet de fin de vie dans l'établissement.

Pour terminer, la tendance de l'augmentation de la dépendance observée dans l'établissement est conforme à celle faite au niveau du département de la Haute-Vienne avec notamment une augmentation prévisible des GIR 1, 2,3 et 4.



Après ce tour d'horizon sur les chiffres de la dépendance, intéressons-nous maintenant au fléau qui touche une immense partie de ces personnes âgées : la maladie d'Alzheimer.

1.2.2 La recrudescence des malades Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer frappe aujourd'hui près de 850 000 personnes en France. Elle touche près d'une personne sur quatre après 85 ans. Ces chiffres devraient encore s'aggraver avec l'allongement de l'espérance de vie qui reste le principal facteur de risque.

A) La maladie Alzheimer, le nouvel enjeu de santé publique.

La maladie d'Alzheimer a été définie en 1907 par Alois Alzheimer. La démence est une affection neurologique fréquente qui domine la pathologie mentale des personnes âgées. Les démences dégénératives et notamment la maladie d'Alzheimer sont les plus fréquentes. Il s'agit d'une maladie qui détruit progressivement les cellules nerveuses du cerveau.

a) *Définition d'une affection en plein essor.*

Selon le livre vert de la maladie d'Alzheimer, elle « se définit comme une affection dégénérative du cerveau qui associe les troubles prédominants de la mémoire, des troubles cognitifs et du comportement ayant un retentissement sur la vie quotidienne des patients. Cette démence est associée à des lésions histologiques caractéristiques qui la définissent : les plaques séniles, et les dégénérescences neurofibrillaires. »³⁷

Selon l'O.M.S³⁸, « la démence est un syndrome caractérisé par une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités quotidiennes associées à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement pensée abstraite, praxies, gnosies ou une modification de la personnalité. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement d'un trouble du contrôle émotionnel du comportement social ou de la motivation. La maladie d'Alzheimer est la cause principale du syndrome démentiel et représente au moins deux tiers des cas. »

b) *Les stades et les symptômes d'une affection dont on ne guérit pas.*

³⁷ DOUDRICH J., DUBOIS B., HAUW J-J et al, *Le livre vert de la maladie d'Alzheimer*, Association France Alzheimer et maladies apparentées, état des lieux et perspectives, 2006, p 6.

³⁸ O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

Trois ou quatre stades sont généralement retenus dans la littérature pour définir le niveau d'avancement de la maladie. Je me réfère aux trois stades qui sont particulièrement bien décrits dans l'ouvrage « *Un tabou nommé Alzheimer* »³⁹, duquel j'ai extrait et synthétisé les informations suivantes :

Premier stade dit « initial » : La personne présente de légers troubles de la mémoire et des oublis divers, qui sont interprétés à tort comme le vieillissement normal, ce qui peut créer un retard de diagnostic. Elle peut se perdre dans le temps et dans l'espace, perdre de sa motivation et ses centres d'intérêts.

Second stade dit « modéré » : Les troubles de la mémoire s'accroissent et perturbent la vie quotidienne surtout lorsqu'il s'agit de se rappeler des noms, des faits récents. La personne n'est plus capable de réaliser certains actes de la vie de tous les jours tels que les courses, le ménage, la cuisine. Son humeur est variable. La maladie entraîne rapidement une perte d'autonomie

Troisième stade dit « sévère » : La personne est quasi-inactive, les troubles de la mémoire sont de plus en plus importants, la dégradation physique s'installe. La personne est dans le registre des pertes de ses capacités : baisse de la marche, de la compréhension, de la reconnaissance, elle n'arrive plus à se nourrir, devient incontinente, a un comportement incompatible avec la vie en public, et peut être agressive.

La suite est un glissement vers un état léthargique conduisant vers la mort après une phase de grabatisation. La durée de vie moyenne après le début de la maladie varie de 5 à 8 ans.

B) Du niveau national au niveau, régional et local.

L'O.R.S du Limousin présente dans son étude de janvier 2007⁴⁰, un panorama de la situation nationale et régionale qui permet de bien comprendre les enjeux qui se dessinent.

D'abord au niveau national, « *selon le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé et à partir de différentes études et notamment de la cohorte PAQUID, en France les démences frapperont environ 857 000 personnes de 65 ans ou plus[...]. On estime à plus de 225 000 le nombre de nouveaux cas chaque année[...]. La démence constitue la principale cause de dépendance lourde, est la cause*

³⁹ DREA H., BROCKER P., *Un tabou nommé Alzheimer*, ellipses, Paris, 2004, p17-19.

⁴⁰ L'ORS du Limousin, *la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés*, fiche 4.6.1, janvier 2007. Disponible sur <http://www.ors-limousin.org>.

principale d'entrée en institution. Environ 40 % des personnes atteintes y vivent, 70 % lorsque le stade de la maladie est sévère »

Puis, au niveau régional, si l'on regarde la carte de prévalence de la maladie, c'est-à-dire le nombre de cas à un moment donné, on retient que cette affection touche particulièrement le Limousin. (carte en **annexe 2**) Toujours selon l'étude de l'O.R.S du Limousin, nous apprenons que 4100 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année et qu'enfin 9,1 % des personnes de 65 ans ou plus sont atteintes de démences.

Enfin, au niveau de l'établissement, sur le panel des 25 résidents de la MAPA étudiée au travers du logiciel Galaad, celui-ci, en croisant les variables discriminantes de la grille AGGIR, fait apparaître que 68% de la population serait démente, présentant des troubles cognitifs sévères, ou serait errante et déambulante. (**annexe 3**)

Au-delà de cette réalité d'une certaine sévérité, du tableau concernant le vieillissement de la population et de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, un autre trait qui caractérise la personne âgée en milieu rural est son attachement à son lieu de vie antérieur.

1.2.3 Un ancrage territorial fort.

Si les personnes âgées préfèrent rester à leur domicile tant qu'elles sont autonomes, c'est pour rester au contact de leur réseau de sociabilité, de leurs souvenirs. Cet environnement affectif a une représentation spatiale qui délimite un territoire.

Quitter ce territoire sur lequel on a vécu toute sa vie contribue à rompre les liens sociaux qui s'étaient tissés. Selon Bernard HERVE, « *l'être humain est un peu comme un tabouret à trois pieds, bio-psycho-social [...] S'il manque un pied à un tabouret il tombe* »⁴¹.

Faut-il s'interroger sur les conséquences que ce déracinement va entraîner : Est-ce le meilleur moyen d'aborder une fin de vie dans la sérénité ? Il s'agit plutôt d'une mort sociale avant l'heure.

Cet ancrage territorial s'explique pour cette génération, par différents événements: La seconde guerre mondiale, où beaucoup d'anciens sont entrés dans le maquis et se sont battus sur leur propre terre. La paysannerie, avec un rapport fort à la terre, et enfin le peu de déplacements en dehors du canton en raison des faibles moyens de transport. Cette génération d'anciens se retrouve aujourd'hui à partager un espace « affectif » dont on retrouve le ciment dans l'établissement où tout le monde se connaît.

⁴¹ HERVY B., Dossier personnes âgées, restaurer le lien social *La santé de l'homme*, n°363.

1.3 Une offre de service de proximité appréciée qui a trouvé ses limites.

L'évolution des besoins des usagers, le retard de la MAPA dans ses modes de prise en charge révélé par deux audits, et enfin les dernières avancées des politiques publiques, tendent à remettre en cause la prestation aujourd'hui.

1.3.1 Au regard de la satisfaction des besoins des usagers.

Définissons d'abord dans un premier temps les besoins des personnes âgées. Puis regardons comment ceux-ci sont pris en charge dans l'établissement.

A) Les besoins fondamentaux de l'être humain.

Abraham MASLOW, psychologue américain identifie les besoins fondamentaux de l'homme sous forme d'une pyramide rendue célèbre et qui porte son nom⁴². Celle-ci représente les besoins de l'homme sous forme d'un empilement de besoins à satisfaire, dans un ordre hiérarchisé dont le but est la réalisation de soi. Il faut d'abord satisfaire les besoins de la base de la pyramide avant de passer à l'étage supérieur. Concrètement si l'on ne satisfait pas ses besoins physiologiques, par exemple manger ou boire, il est impossible de satisfaire l'étage supérieur comme le besoin de sécurité, le besoin d'amour.

Une autre approche faite par Virginia ANDERSON, pionnière en soins infirmiers aux Etats-Unis, énonce pour sa part 14 besoins fondamentaux à assurer dans une approche globale de la personne qu'il convient de satisfaire pour arriver à un état de bien-être.

Il s'agit : du besoin de respirer, de boire et de manger, d'éliminer, de se mouvoir et de maintenir une bonne posture, de dormir et de se reposer, de se vêtir et se dévêtir, de maintenir sa température, d'être propre, d'éviter les dangers, de communiquer, d'agir selon ses croyances et ses valeurs, de s'occuper en vue de se réaliser, de se divertir et d'apprendre.

Enfin, l'approche des personnes âgées faite par Michel AGAESSE⁴³ me semble aussi très intéressante. Celui-ci classe dans 9 grands thèmes les besoins spécifiques des personnes âgées vivant en institution.

- La santé « *qui reste la première préoccupation des aînés clairement explicitée par le plus grand nombre d'entre eux* ».

⁴² La pyramide de MASLOW est portée en annexe 3.

⁴³ AGAESSE M., *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*, Dunod, Paris, 2004, p22-32.

- La spiritualité, pour aborder notamment la question de fin de vie,
- La reconnaissance de l'histoire de vie,
- Le respect, « *bénéficiaire d'un statut de client citoyen et être protégé* »
- La capacité d'adaptation à la vie collective,
- Le respect de l'intimité, sachant que tout être humain a besoin d'un jardin secret,
- L'affectivité, « *donner et recevoir de l'affection, pourquoi pas de l'amour* »
- La sexualité, un sujet moins tabou qu'il n'y paraît,
- La liberté, « *la personne âgée en institution est un citoyen dont la liberté n'est pas négociable* »

B) Leurs satisfactions au travers des trois volets de la prestation.

La maison de retraite intervient dans trois domaines qui sont l'hébergement, la prise en charge de la dépendance et l'organisation des soins. Regardons quelles sont les principales insatisfactions.

a) *Un hébergement de type familial.*

Bien connaître ce volet est très important car c'est souvent dans le cadre de la prise en charge de la prestation hébergement que les personnes ont des activités socialisantes, qui permettent de maintenir une certaine convivialité, de préserver les échanges sociaux, de mener des activités, d'accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, comme avant d'entrer en institution. Car c'est dans ces espaces de vie partagés que la vie existe.

Même si la participation des personnes est souvent sollicitée dans le quotidien de l'établissement, par exemple pour mettre le couvert, ranger la vaisselle, il devient de plus en plus difficile, en raison de leur niveau de dépendance, de les amener à participer de manière active. La logique de la vie communautaire, basée sur l'atteinte des objectifs par les apports individuels de chacun des résidents, fonctionne moins. Le regard des uns par rapport aux autres pose également problème, car il renvoie l'image de son propre devenir, de sa propre déchéance. Observons à présent deux pans importants de la prise en charge hébergement :

En premier le repas : C'est le temps fort qui structure la journée avec toutes les représentations symboliques qu'il comporte. Il est préparé par la cuisine du collège et livré en liaison chaude froide. Les menus sont affichés pour la semaine dans le hall. Peu de plaintes me reviennent car la satisfaction des résidents jusqu'alors n'avait jamais été vraiment mesurée. À y regarder de plus près, en interrogeant les usagers, le personnel, les médecins, je me suis rendu compte que nous avons quelques problèmes importants à régler :

Un menu unique, des difficultés pour le cuisinier de suivre les régimes, une absence de présentation valorisant les aliments, un manque de variétés dans les mets

proposés. Sur le plan organisationnel, des personnes lucides se trouvent confrontées à prendre leur repas face à des personnes devenues dépendantes dont le spectacle, faut-il le dire, n'est pas toujours facile à supporter pour une personne qui souhaite prendre son repas dans la convivialité. La question du plan de salle est à traiter.

En second, l'animation : Essentielle pour lutter entre autre contre l'ennui, une offre existe mais me semble manquer singulièrement de professionnalisme, avec au fond l'impression que nous pourrions faire beaucoup mieux si nous savions quoi faire, et comment *mieux* le faire.

C'est autour du goûter vers 15 h 30 l'après-midi que selon la charge de travail et l'humeur de chacun va avoir lieu de manière informelle une animation : un jeu de société, une lecture à voix haute, un anniversaire, une écoute musicale, organiser la prise du goûter sur la terrasse, ou des promenades dans le parc. Le week-end, l'animation est créée par la venue des familles.

Je sens bien qu'il y a un travail à faire d'organisation, de planification, de suivi qui permettrait d'agrémenter le quotidien de l'établissement et de sortir d'une certaine forme d'amateurisme: Faire des groupes cohérents, notamment avec les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer, et travailler sur l'animation thérapeutique.

b) La prise en charge de la dépendance, l'affaire de toute une équipe.

Sans l'aide du SSIAD de l'hôpital local, la situation serait intenable. Les aides-soignantes réalisent chaque matin les toilettes des cinq personnes les plus dépendantes. Ce sont des toilettes techniques, pour des personnes généralement handicapées, à mobilité réduite ou obèses. Une certaine technicité est nécessaire pour réaliser ces actes. Toutefois le SSIAD n'intervient pas le week-end, faute de crédits, et se sont les agents en interne qui doivent gérer la situation. Cette situation n'est pas bonne car le résident a bien sûr droit à sa toilette, droit à être bien habillé le jour où vient sa famille, droit à ce que son environnement soit propre.

Lorsque le SSIAD est reparti, c'est l'ensemble du personnel au statut d'agent technique des collectivités territoriales qui participe à la prise en charge des problèmes de dépendance. Qu'il s'agisse d'un accompagnement aux toilettes, de donner une douche, d'habiller un résident, de le frictionner, ou de le changer.

La dépendance entraîne deux problèmes majeurs : D'abord une augmentation du temps à consacrer plusieurs fois par jour à ceux qui sont dans l'incapacité de satisfaire leurs besoins vitaux, et cela se fait au détriment d'autres aspects de la prise en charge comme l'animation ou l'entretien des locaux ou bien même du temps que l'agent pourrait passer avec des résidents moins dépendants. Aussi le problème de la qualification est prégnant, car je pense qu'il n'est plus tenable aujourd'hui d'imposer à des personnes non

qualifiées de faire un travail pour lequel elles n'ont pas le diplôme requis et pour lequel elles ne sont pas rémunérées. Le problème du manque de bras qualifiés est donc posé ainsi que le financement de ceux-ci.

c) *Une prise en charge des soins en interne qui fait cruellement défaut.*

Selon une étude réalisée par la DRESS en 2003⁴⁴, les personnes âgées cumulent en moyenne 7 pathologies, classées principalement dans des groupes de pathologies suivantes : Neuropsychiatriques, cardio-vasculaires, ostéoarticulaires, néphrologique, gastro-entérologique, endocrinienne et broncho-pulmonaire. S'il n'est pas nécessaire pour autant qu'un professionnel de santé soit en permanence dans l'établissement, son absence par contre est préjudiciable.

Comment gérer ne serait-ce que les médicaments sans infirmières ? Comment répondre à la moindre alerte, ou situation d'inquiétude, au questionnement d'une famille sur un sujet médical ? Le personnel n'est pas professionnel de santé, donc n'est pas habilité à répondre, à prendre une décision. Il n'a pas la compétence pour décider d'appeler le médecin. Lorsque les personnes âgées disent avoir mal, le personnel ne peut avoir d'autre réponse que de dire « ça va passer » avec toutes les conséquences que cela peut avoir. Pour l'instant, j'ai demandé à ce que les médecins soient appelés systématiquement au risque de les faire venir pour rien.

Sans équipe soignante en interne, comment coordonner et assurer une continuité dans les soins gériatriques, sur des aspects comme la nutrition, l'hydratation, la prévention des escarres, l'incontinence, la douleur, l'accompagnement des déments, tenter une approche sur la fin de vie ?

Cette représentation personnelle des dysfonctionnements de l'établissement va être largement confortée par l'auto-évaluation menée en 2005 avec un tiers externe, le cabinet conseil APAVE santé. Un audit technique révélera quant à lui d'autres problématiques liées à la rénovation du bâtiment.

1.3.2 Révélé par deux audits en 2005.

Une des fonctions du directeur est à mon sens d'accepter de se remettre en cause, d'aller de l'avant, de redonner du sens à son action et à celle de l'établissement qu'il dirige. S'entourer de personnes compétentes et extérieures me semble plus qu'utile dans le cadre de l'élaboration d'un diagnostic qui sera la base des changements futurs.

⁴⁴ DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, DRESS, *Etude et résultat*, n°494, juin 2006.

A) Le verdict d'une première auto-évaluation, avec le référentiel ANGELIQUE.⁴⁵

Le premier paragraphe de l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002⁴⁶ a confirmé la nécessité d'évaluer l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social en leur demandant de procéder « à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonne pratique professionnelle validée ou en cas de carence élaborée selon les catégories d'établissements et de services par un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale ».

Les principaux points relevés du rapport d'auto-évaluation sont les suivants :

? Concernant la satisfaction des résidents et des familles :

- Des procédures d'accueil mal formalisées.
- Sur la restauration : Plat unique, pas de commission de menu.
- Une animation très aléatoire.

? Sur les réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins :

- Le manque de personnel.(Un ratio d'encadrement à 0.37 ETP)
- Le manque de qualification du personnel.
- Pas d'organisation des soins en interne.
- La dépendance de l'établissement au SSIAD.

? Sur l'établissement et son environnement :

- Absence de projet institutionnel.
- Un périmètre non sécurisé.

? Sur la démarche qualité :

- Pas de système qualité, une culture de l'oralité et l'absence de référentiels précis.
- Pas d'enquête de satisfaction.

B) Des non conformités techniques au regard de la réglementation.

Jamais le bâtiment n'a été expertisé ou contrôlé depuis 1999. J'ai décidé en 2005 de faire appel à un bureau de contrôle pour expertiser le bâtiment et voir son état de conformité par rapport à la norme de type J. Celle-ci est entrée en vigueur en 2002⁴⁷ et s'adresse aux établissements sociaux et médico-sociaux hébergeant des personnes âgées relevant de l'article L. 312. 1 du CASF et bénéficiant d'une capacité d'accueil supérieur ou égal à 20 places hors accueil de jour.

⁴⁵ ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée interne de la Qualité pour les Usagers en Etablissement.

⁴⁶ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

⁴⁷ Arrêté du 19 novembre publié aux J.O. du 6 février 2002, applicables depuis le 7 avril 2002.

Les principaux points relevés portent sur les aspects suivants :

- ? Des mises en conformité incendie à réaliser : Ajouter une porte coupe-feu, et asservir l'ascenseur sur la centrale incendie.
- ? Présence interdite de tiers au second étage dans des locaux à sommeil (il s'agit des quatre locataires qui occupent les studios communaux)
- ? L'espace promenade extérieur est inadapté au grand âge, et non sécurisé avec un accès direct sur un carrefour.

Regardons à présent la situation de l'établissement au regard des politiques publiques.

1.3.3 Face aux politiques publiques rénovant un secteur en pleine mutation.

Depuis la création de la sécurité sociale en 1945 et grâce au rapport Laroque en 1962, les politiques sociales et les structures gérontologiques ont considérablement évolué jusqu'à aujourd'hui. Le 31 juillet 2007, le Président Nicolas SARKOZY lors d'un déplacement dans un établissement pour personnes âgées de DAX dans les Landes, a présenté le contenu de son plan Alzheimer, qualifié de chantier présidentiel, et il promet «de mettre le paquet» concernant la recherche sur la maladie d'Alzheimer.

A) Les politiques face à la dépendance.

La P.S.D⁴⁸ en 1997 fut instaurée pour solvabiliser les besoins de financement des personnes âgées dont les incapacités demandaient la mise en place d'aide. Le niveau de dépendance sera évalué au moyen de la grille AGGIR. A l'échec de la P.S.D jugée inégalitaire sur le plan national, succèdera l'A.P.A⁴⁹ dont la mise en oeuvre sera effective au 1er janvier 2002⁵⁰, destinée aux personnes ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

La canicule de 2003 révélera des besoins non couverts pour lesquels est institué « le plan vieillissement et solidarité » permettant d'accroître le nombre de places d'accueil en établissement. Une Journée de solidarité est instaurée par la loi du 30 juin 2004⁵¹ qui posera le principe d'une prise en charge collective nationale de la dépendance. Une

⁴⁸ P.S.D : Prestation Spécifique Dépendance.

⁴⁹ A.P.A : Allocation Personnalisée Autonomie.

⁵⁰ Loi numéro 2001- 647 du 20 juillet 2001, décret numéro 2001 1084-1087 du 20 novembre 2001.

⁵¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004.

nouvelle agence, la CNSA,⁵² gère les crédits relatifs à l'aide à l'autonomie des personnes âgées qu'elle répartit dans les régions par le biais des PRIAC.⁵³

Le plan « solidarité grand âge » du 27 juin 2006 aborde l'ensemble des problématiques liées à la vieillesse et s'étend jusqu'en 2012. Il comprend cinq grands axes : Le libre choix du domicile, inventer la maison de retraite de demain, adapter l'hôpital aux personnes âgées, assurer pour l'avenir un financement solidaire de la dépendance, insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et la prévention.

Enfin « le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance » a été publié le 14 mars 2007. Ce plan reprend 10 mesures concrètes, destinées à développer une culture de la bientraitance et de renforcer la lutte contre la maltraitance.

B) Les politiques qui remettent l'utilisateur au cœur du dispositif.

L'utilisateur devient acteur citoyen, doté de droits, mais devient également contractant d'une prestation. La loi du 2 janvier 2002 est venue rénover l'organisation du secteur autour de quatre objectifs principaux : Le droit de l'utilisateur, la diversification des établissements et les services d'intervention, le pilotage du secteur et la coordination des intervenants. L'objectif majeur de la loi est d'assurer les droits fondamentaux des usagers, en respectant leur dignité, leur intégrité, leur vie privée, leur intimité, leur sécurité, leur libre choix entre prestations domicile ou établissement, le respect du consentement, la confidentialité des données, l'accès à l'information, et la participation au projet d'accueil et d'accompagnement. Cette loi va donner par ailleurs naissance à de nouvelles cultures :

Une culture de l'évaluation (une révolution) qui se met en place au travers de référentiels (ANGELIQUE pour les Maisons de retraite). Une culture de la qualité (conventions tripartites médicalisant les établissements) Une culture de l'information et de la coordination avec la création des CLIC et une culture de la formation et de la professionnalisation des acteurs de la gérontologie.

C) Les politiques faces à la maladie d'Alzheimer.

En 1999 le rapport « vieillir en France »⁵⁴ de Mme GUINCHARD-KUNSTLER traitera du besoin de prise en charge de la démence sénile et de la maladie d'Alzheimer

⁵² C.N.S.A : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

⁵³ P.R.I.A.C : programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la dépendance.

⁵⁴ GUINCHARD-KUNSTLER P., *vieillir en France*, rapport à M. le premier ministre, juin 1999.

en institution et préconisera l'hébergement en petites unités de vie permettant un mode de vie le plus normal possible, adapté aux besoins individuels et valorisant le rôle de la famille.

Par la suite le rapport GIRARD⁵⁵, en 2000, préconisera « *de favoriser la création d'unités d'accueil spécifiques pour personnes démentes de 10 à 15 places dans les institutions qui reçoivent des personnes âgées pour des séjours non temporaires. La spécificité se justifie autant par les besoins des malades déments (déambulation libre et protégée) que par la protection et le confort des autres personnes âgées* ».

En 2001, le plan KOUCHNER proposera un programme dédié aux malades Alzheimer dont un des six objectifs concernait l'amélioration de la qualité de la prise en charge en structure. Suite à cela en 2002, une circulaire⁵⁶ en précisera les modalités de mise en œuvre, et qui passe par :

- « *Améliorer la qualité des EHPAD : dans le cas de la réforme de la tarification, les travaux conduits en concertation entre les services des conseils généraux et ceux de l'État à ce sujet, seront l'occasion de rappeler aux établissements d'apporter une attention toute particulière à la prise en charge des personnes ayant une détérioration intellectuelle*
- *Le développement des places d'hébergement temporaire et places d'accueil de jour dédiées aux personnes atteintes de démences. Ainsi 3000 places nouvelles seront créés à échéance de quatre ans* »

Le plan Alzheimer et maladies apparentées qui s'étendait de 2004 à 2007 prévoyait toute une série de mesures mises en œuvre par la circulaire du 30 mars 2005⁵⁷. Celle-ci prévoit notamment : la reconnaissance de la maladie en affection longue durée,⁵⁸ la prise en compte du besoin des familles, la nécessité d'un diagnostic précoce, une meilleure information sur la maladie, l'amélioration des conditions de maintien à domicile, l'amélioration de la prise en charge en EHPAD, l'amélioration de la formation professionnelle, la prise en charge des malades en crise, une meilleure prise en charge des patients jeunes et la création d'un observatoire visant à développer la connaissance sur la maladie.

⁵⁵ GIRARD J-F., *rapport sur la maladie d'Alzheimer et apparentés*, 2000.

⁵⁶ Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/N°2002/222 du 16/04/02 relative à la mise en œuvre du programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

⁵⁷ Circulaire n°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladie apparentée 2004-2007.

⁵⁸ Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongé est une thérapeutique particulièrement coûteuse, article 1.

Paulette GUINCHARD-KUNTSLER nous livre une comparaison politiquement incorrecte qui traduit la vraie réalité de l'engagement des pouvoirs publics sur la maladie d'Alzheimer: « *Il est un peu malséant de mettre en parallèle les efforts faits pour lutter contre telle ou telle maladie. Et pourtant ! Le fait que la recherche et les traitements anti sida mobilisent 10 fois plus d'argent que la lutte contre le cancer qui pourtant tue 300 fois plus en France ne mérite-t-il pas d'être médité ? Surtout si l'on songe que les crédits consacrés aux maladies de type Alzheimer se situent à un niveau encore largement inférieur. On se refuse à penser que ces énormes différences de moyens viennent de ce que le sida est censé toucher des jeunes alors que la maladie d'Alzheimer concerne surtout des vieillards* »⁵⁹

Roselyne BACHELOT, nouvellement nommée ministre de la santé, sera chargée de la mise en oeuvre du nouveau plan Alzheimer avant la fin 2007. Le nouveau gouvernement aura-t-il les moyens de répondre à ses ambitions ?

D) La MAPA face à la réforme de la tarification⁶⁰ : L'heure du choix.

La réforme de la tarification va imposer de nouvelles règles à l'établissement dès 2002 :

D'abord introduire une tarification binaire avec une modification du calcul du prix de journée. Celui-ci sera composé de deux sections : L'une hébergement, l'autre la dépendance. L'A.P.A sera versée aux résidents classés en GIR 1 à 4 dans le cadre de leurs plans d'aide, qui viendront les solvabiliser pour s'acquitter de leur facture dépendance. A ce jour les résidents touchent leur A.P.A en propre, l'établissement n'étant pas sous dotation globale.

Autre point de la réforme: « *la nécessité d'améliorer la médicalisation des établissements existants qui en sont totalement ou partiellement dépourvus, alors même qu'ils accueillent des personnes très dépendantes* »⁶¹.

Pour cela le législateur prévoit qu'en contrepartie d'un engagement de l'établissement dans un processus de qualité sur cinq ans, formalisé dans le cadre d'une convention tripartite, une dotation en soins lui sera allouée. Celle-ci permet de financer du personnel soignant comme suit : 70 % des aides-soignantes sur la section soins et 30 % sur la dépendance, et 100 % des infirmières sur la section soins.

L'établissement aujourd'hui a un GMP de 474 et sa capacité autorisée est de 25 lits.

⁵⁹ GUINCHARD-KUNTZLER P, op.cit, p 53.

⁶⁰ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2000, fixant les modalités réglementaires de financement et de tarification des établissements.

⁶¹ DELNATTE J-C., HARDY J-P., *La réforme financière des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie*, Rennes, ENSP, 2002 , p 60.

Regardons le tableau synthétique qui suit pour comprendre les options possibles qui s'offrent à l'établissement :

	GMP < 300 - de 25 lits	GMP < 300 + de 25 lits	GMP > 300 - de 25 lits	GMP > 300 + de 25 lits
Entrée dans la réforme	Pas d'obligation de convention	Pas d'obligation de convention	Pas d'obligation de convention	Signature de la convention tripartite

Première option : Avoir une politique d'accueil n'autorisant que l'accueil de personnes autonomes et revenir à une situation similaire à celle de 2002 lors de mon arrivée avec un GMP à 330, et tenter de le ramener à 300. Ensuite fermer un lit pour arriver à 24 lits.

Seconde option : Conserver ou accroître la capacité de 25 lits avec un niveau de dépendance inférieure à 300.

Ces deux premières options, même si elles ont été étudiées, seront écartées car irréalistes, à l'encontre des attentes de la population locale, et de mes convictions personnelles.

La troisième option m'aura longtemps intéressé, car fermer un lit malgré le niveau de dépendance élevé, aurait permis d'entrer dans le cadre du régime des petites unités de vie et d'être soumis à une réglementation plus souple. Mais fermer une place avec une telle liste d'attente, refuser la médicalisation me semblait inconcevable.

La dernière option qui est celle de l'engagement dans la convention tripartite sera retenue, dans une réelle démarche de progrès, d'allocation de moyens supplémentaires et d'engagements réciproques.

1.4 Synthèse d'une situation qui questionne et appelle le changement.

1.4.1 Un constat synthétique.

Les besoins de prise en charge des personnes âgées sur les volets hébergement, soins et dépendance ont augmenté. Cette constante évolution met l'équipe dans des situations de tension, puisque dans l'impossibilité de répondre correctement à toutes les demandes. L'arrivée de la grande dépendance et de la maladie d'Alzheimer finit par générer des dysfonctionnements et en créer de nouveaux.

L'éloignement géographique des centres urbains, des services hospitaliers, la petite taille de la structure fragilise sa légitimité et questionne sur son intérêt au niveau du territoire les autorités de tutelle : Quelle utilité pour un établissement qui représente moins de 1% du nombre de lits dédiés aux personnes âgées sur le département, à l'heure

du tout EHPAD périurbain comme le laisse à penser un des axes du SROS troisième génération ?

Une MAPA de 25 lits devant faire ses choix : Rentrer dans le cadre législatif et réglementaire de la réforme de la tarification, réaliser des travaux de rénovation qui s'imposent, choisir une politique d'accueil cohérente, adaptée aux nouvelles exigences de la population.

1.4.2 Des écarts importants.

Un décalage s'est créé entre l'offre de service et les besoins de prise en charge de la personne âgée accueillie dans l'institution. A moyens constants, l'analyse de l'offre de service montre une baisse de la qualité de l'accompagnement, et différents manques dans la prestation qui, aujourd'hui, pourraient être interprétés comme des situations de maltraitance.

Sur la mission et la politique d'accueil de l'établissement, la MAPA, bien intégrée dans le village, avait pour vocation initiale de préserver les liens sociaux entre les générations, par le maintien des usagers sur leur lieu de vie, au contact de leur famille et de leurs amis. La politique d'accueil actuelle est à contre-courant des objectifs initiaux, et ne consiste qu'à contenir ce niveau de dépendance :

- En réorientant les personnes dépendantes et démentes dans des établissements plus adaptés. Contraignant ainsi des personnes âgées à quitter leur territoire pour aller mourir ailleurs, loin de chez elles.

- En refusant l'admission de personnes jugées trop dépendantes et qui risqueraient d'accroître encore la charge de travail, alors que la vocation d'un établissement médico-social est bien d'accueillir la population dans le besoin, et de s'adapter.

La population du village ne comprend pas que l'on ne puisse pas prendre en charge les personnes âgées jusqu'au bout. «C'est une maison de retraite qui n'en n'est pas vraiment une », me dit on souvent. Le départ vers d'autres structures a pour effet d'anéantir toutes les années de prise en charge réalisées à la Résidence, d'effacer tous les moments partagés entre le personnel, le résidant et sa famille. Cet écart, entre l'attente de la population qui souhaite rester sur son territoire, vivre et mourir au pays, et la réalité d'une politique d'accueil qui conduit à un exil de fin de vie, injuste, insupportable, est certainement le point le plus fondateur du projet que je proposerai.

1.4.3 Conclusion de la première partie.

La MAPA est dépassée sur ses modes de prise en charge, elle ne peut plus faire face à l'augmentation des besoins des personnes âgées, tant sur le volet dépendance que sur le volet soins.

A cela se surajoute la recrudescence des populations souffrant de démences de type Alzheimer pour lesquelles aucun accompagnement spécifique n'est clairement proposé aujourd'hui. Alors que l'établissement avait pour vocation initiale de permettre le maintien des personnes sur leur lieu de vie, celui-ci ne répond plus à cette attente de vieillir au plus près de son domicile et des siens.

Dans ce contexte, comment répondre aux nouveaux besoins des personnes âgées ?

Cette réponse aux nouvelles attentes des usagers, ne passe-t-elle pas pour le directeur, par la refonte du projet d'établissement en y intégrant la dimension du « prendre soin » ?

Ce sera l'objet de la deuxième partie de ce mémoire, où j'aborderai sous trois axes théoriques la dimension du « prendre soin ».

Il sera d'abord traité de la question du soin dans la perspective d'une approche globale de la personne.

Puis, le concept d'Unité Alzheimer sera analysé au travers de l'architecture et des ateliers thérapeutiques qui y sont conduits dans une perspective de « prendre soin ».

Enfin, il sera évoqué la question du travail en réseau, une entrée intéressante pour apporter une prise en charge globale de nos usagers sur leur territoire.

2 Prendre soin, une approche globale de l'utilisateur.

2.1 Soigner, une dimension du projet de vie.

« Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles » Art IX, « droit aux soins » de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante⁶².

2.1.1 Entre soigner et prendre soin.

Tout d'abord il convient de définir ces deux concepts qui, s'ils semblent similaires cachent deux approches différentes : L'une technique souvent médicale, centrée sur l'homme en tant qu'objet de soins, et l'autre plus globale abordant l'homme dans sa dimension bio- psycho- sociale.

A) Soigner : Une représentation marquée par la santé.

D'abord, définissons le mot soin: «*Le mot soin, lorsqu'il est orthographié au singulier désigne l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui[...] le soin procède de la rencontre et du cheminement entre une personne soignante professionnelle ou non qui a pour intention d'être aidante et une personne soignée qui nécessite d'être aidée* »⁶³. Le soin est donc une attention positive aidante, une relation d'aide.

Posons nous la question suivante : Qu'attendons-nous d'une relation d'aide ? Qu'elle solutionne nos problèmes, car sans problème la relation serait d'un autre ordre. Et quels sont nos principaux problèmes auxquels nous sommes ou serons tous confrontés un jour ? Les problèmes de santé, qui conditionnent nos vies, notre travail notre autonomie, notre statut social. Notre état de santé, qui exclue ou intègre dans un groupe, nous contraint à faire ou à renoncer à certaines activités. Lorsque le matin, nous nous saluons en échangeant machinalement un «comment ça va », celui-ci sous-tend fortement l'idée d'être en bonne santé, de ne pas avoir été malade, ni souffert, notamment chez les personnes âgées.

⁶²La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Commission des Droits et Libertés de la Fondation Nationale Française de Gérontologie.

⁶³ HESBEEN W., *La qualité du soin infirmier*, Masson, Paris, 2002, p 23.

Rappelons à présent le concept de santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé , « *la santé est un état général de bien-être physique et mental et social* »⁶⁴. Cette définition nous montre que la médecine de soins n'apporte qu'une réponse partielle, que si l'état de bien-être est une finalité à atteindre notamment pour les personnes âgées qui arrivent au terme de leur vie, l'état de bonne santé n'est pas suffisant en tant que tel pour garantir d'être heureux.

C'est un des leurre auquel semble pourtant croire la génération des baby-boomers, qui s'arc-boutent sur le désir de rester jeune et en bonne santé, coûte que coûte, en quête d'une éternelle jeunesse, en refusant de vieillir. « *Les Français, les baby-boomers surtout, ont en horreur la représentation de leur propre vieillesse qui les insupporte, pourtant, elle est là qui les guette aujourd'hui [...] Mais ils ont obéré l'avenir de leur individualisme, à dilapider le nombre de perspectives sociales solidaires, car même une meilleure acceptation de l'âge n'efface pas la crainte de la vieillesse au contraire* »⁶⁵.

Dernièrement en juillet 2007, le magazine Capital titrait : « *Santé : les fantastiques progrès qui nous attendent* » et nous faisait part que « *d'ici 20 ans des dizaines de maladies seront enfin guéries grâce aux prodigieuses avancées des biotechnologies et de l'électronique. Mais que la facture sera salée pour les organismes sociaux* »⁶⁶. Si l'amélioration de l'état de santé est en soi une excellente chose, je m'interroge sur les conditions d'accès, d'égalité, d'équité à toutes ces technologies... Y a-t-il une éthique dans tout ça, ou selon que l'on soit riche ou pauvre, l'on ait accès ou pas à ces dernières technologies de pointe ? Que penser du système de santé qui se profile, où les riches auront accès à ces technologies en premier ? Ceux-là mêmes, qui ont déjà commencé à faire du tourisme médical, souvent pour de l'esthétique, alors que les « vieux » sourds de ma résidence sont obligés de vider leur compte en banque pour se faire équiper d'une prothèse auditive, de s'acquitter d'une franchise médicale, de voir augmenter perpétuellement le montant de leurs mutuelles...

Le soin devient donc un objet de consommation courante dont l'accès est inégalitaire. Il devient une marchandise à laquelle on accède à minima par le droit d'accès, ou à maxima par les ressources personnelles. Un produit pour lequel nous sommes de plus en plus exigeants, auquel nous faisons de plus en plus appel. Nous avons à faire à des professionnels du « *cure* » terme anglophobe qui signifie soigner. La guérison est une finalité, valorisante pour le soignant qui ne supporte pas l'échec

⁶⁴ Guide de la création direction de personnes âgées, p 23 op cit.

⁶⁵ RUAUX J-Y., *2030 le papy-crash*, Paris, Alvik, 2005, p17.

⁶⁶ PIETRALONGA C., *santé les fantastiques progrès qui nous attendent*, *Capital*, Juillet 2007, n°190, p 50.

thérapeutique. Confondant souvent la vieillesse et la maladie, ce soignant se retrouve donc en position de défaitisme thérapeutique, car on ne guérit pas de la vieillesse !

B) Une approche du prendre soins.

Selon Yves GINESTE et Jérôme PELLISSIER, « *un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des occupations ou des problèmes de santé pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit en aucun cas détruire la santé de cette personne.* »⁶⁷

La philosophie du « care », à savoir le prendre soin, suggère une approche beaucoup plus globalisante de la personne âgée. Prendre soin d'une personne, c'est l'aider à prendre soin d'elle-même, à procéder à des actions et à des traitements ciblés sur la pathologie dont elle souffre et prendre soin de ses forces vives qui lui permettent de lutter.

Par ailleurs, l'acte de soin est un bon moyen d'entrer en contact. Il va permettre de favoriser l'échange et donc générer des liens. Selon la théorie du don de Marcel Mauss reprise par Richard VERCAUTEREN et Nathalie BABIN⁶⁸, il est établi que lorsque un acteur (un soignant) donne à un autre acteur (un malade), ce dernier répond par un « contre don ». Il se crée donc une relation sociale, grâce au soin, qui donne à exister aux yeux des uns et des autres. En l'absence de « contre don » immédiat celui-ci pourra être différé, notamment pour une personne âgée dépendante.

J'entrevois ici deux logiques qui s'opposent: D'une part veiller à ce que les soins soient bien faits, dans un climat d'humanité, par du personnel qui s'implique dans la relation, et d'autre part une logique plus taylorienne, où l'activité doit être organisée de façon rationnelle, rendant ainsi les professionnels comme des objets producteurs d'actes de soins.

2.1.2 Prendre soin, préserver avant tout l'autonomie.

La vie est jalonnée par des temps d'apprentissage de l'autonomie à des niveaux de complexité différents tout au long de la vie. La mère qui apprend à son enfant à gagner son autonomie, puis l'adulte qui poursuit son apprentissage à un niveau supérieur et qui cherche à étendre son domaine de connaissances. En dehors de son rôle d'hébergement,

⁶⁷ GINESTE Y., PELLISSIER J., op cit p 227.

⁶⁸ VERCAUTEREN R., BABIN N., *Un projet de vie pour les personnes âgées*, Paris, Eres, 1998, p 47.

le rôle de la maison de retraite est de poursuivre ce processus permanent d'apprentissage, même rendu difficile pour les personnes âgées notamment celles touchées par la maladie d'Alzheimer.

Faut-il faire ou bien faire faire ? Je répondrai à celà que la maison de retraite est un lieu de vie lieu où il faut rechercher dans son fonctionnement à instaurer des pratiques qui préservent au maximum le niveau d'autonomie. Si l'on prend l'exemple d'une personne à laquelle on coupe sa viande pour gagner du temps alors qu'elle peut encore le faire toute seule, se pose donc la question de l'infantilisation, de la perte de confiance en soi.

Pour parer à ce genre de situation, l'établissement du projet de soins est essentiel. Il « définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie des résidents. Il doit être en cohérence avec les orientations de l'institution, prendre en considération et formaliser les procédures et les protocoles permettant une meilleure prise en charge notamment : Des personnes en fin de vie, de la douleur des personnes souffrant d'incontinence et d'altération des fonctions cognitives de la prévention des chutes des escarres et de la perte d'autonomie »⁶⁹

Si l'élaboration de sa mise en oeuvre relève bien de la responsabilité du médecin coordonnateur qui doit s'assurer du concours de l'équipe soignante, je veillerai, à ce que l'usager puisse être associé à l'élaboration du projet de soins qui le concerne, ou son représentant qualifié. En effet, au regard de la loi du 4 mars 2002⁷⁰ sur le droit des malades, ainsi que sur les bases de la loi du 2 janvier 2002, sont clairement exposées les logiques d'information, de consentement et enfin de contractualisation qui engagent juridiquement les deux signataires.

2.1.3 L'organisation des soins : Une porte vers la bientraitance?

Le 14 mars 2007, Philippe Bas ⁷¹ dévoilait son «*plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*». Si je suis très vigilant sur les conditions d'accueil de nos résidents, c'est parce que je ressens un risque

⁶⁹ AYMOT J-J., MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris, Dunod, 2007, p 49.

⁷⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

⁷¹ Ancien ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sous la législature du président Jacques CHIRAC de 2002 à 2007.

diffus, parfois en mon absence, parfois lorsque des médecins libéraux sont débordés, ou quand le personnel est fatigué. Je souhaitais depuis longue date un motif neutre pour aborder de front ce sujet délicat : Comment parler ouvertement de la maltraitance, sans se tromper, sans brusquer le personnel qui pourrait se sentir attaqué sur ses pratiques ?

Selon les classifications des formes de maltraitance⁷², on retrouve systématiquement le défaut de soins : Les sévices médicaux par privation de médicaments et de soins, ou bien des négligences par privation d'attention nécessaire à la santé physique et mentale, ainsi que la malnutrition et la privation de soins d'hygiène courants.

Dans la hiérarchie des projets, le projet institutionnel chapeaute le projet de vie, situé lui-même au-dessus du projet de soins. Ce projet de soins, qui devra être mis en place dans le cadre du conventionnement EHPAD, est un prétexte très intéressant pour remettre à plat nos pratiques sans stigmatiser quiconque. Le choix d'un logiciel de gestion des soins pourrait être un des premiers outils à mettre en œuvre, comme une première pierre vers la « *bientraitance, la positive attitude* ». ⁷³

2.2 L'unité Alzheimer dans l'EHPAD: Un lieu qui prend soin ?

« *L'EHPAD doit-il s'adapter ou se spécialiser dans la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou apparentée ?* » Cette question combien de fois me la suis-je posée ! Le guide de recommandations intitulé « *Alzheimer, l'éthique en question* » ⁷⁴ m'a permis d'aborder plus sereinement la problématique sur les conditions d'accueil des personnes âgées atteintes par la maladie d'Alzheimer.

2.2.1 Un mode d'hébergement qui tente de répondre aux risques.

Le risque : Voici un thème qui revient systématiquement dans les préoccupations des professionnels, car le secteur médico-social connaît une augmentation du contentieux, engendrée notamment par la contractualisation des prestations.

⁷² HUGONOT R., *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 2003, p16.

⁷³ PIRAUD-ROUET C., *bientraitance la positive attitude*, *Direction*, juin 2007, N°42, p 23.

⁷⁴ BLANCHARD F., BILLE M., DUBUISSON F., et al, *Alzheimer l'éthique en question*, DGAS, France-Alzheimer, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé.

A) Deux approches sur l'hébergement s'opposent traditionnellement.

L'une préconise d'intégrer dans des unités communes toutes les personnes quelles que soient leurs difficultés et leur degré de capacité fonctionnelle. Une mixité totale, bénéfique aux personnes en difficulté, qui gagnent à être en présence quasi continue avec d'autres humains bien orientés et aux comportements adaptés. Ils servent de modèle et fournissent des stimulations au niveau de l'orientation, de la mémoire, des activités de la vie quotidienne et des interactions sociales. Mais cette « hospitalité » de l'intégration ne conduit-elle pas à revenir à "l'hospice" ?

L'autre préconise la ségrégation pour des raisons d'organisation, qui va permettre d'offrir des services spécialisés, à des clientèles spécifiques, dans des unités particulières. Ce modèle permet, grâce à l'homogénéité du groupe, de pouvoir organiser, planifier et répartir les tâches, d'offrir un environnement plus stable et plus sécuritaire améliorant la vie des personnes lucides chez qui des comportements perturbateurs occasionnent de l'anxiété, de l'irritabilité et une crainte de devenir aussi atteints que la personne "démence".

En dehors du maintien à domicile, lequel de ces deux concepts répond le mieux aux attentes, aux textes qui imposent une liberté d'aller et venir, une liberté de choix à l'usager ? Difficile de répondre. Le modèle intégration, où s'exprime la mixité sociale repose sur des valeurs qu'il me semble très important aujourd'hui de promouvoir, y compris dans le village de St-Sulpice-les-Feuilles. L'autre plus sécuritaire, peut permettre une approche « rassurante » notamment pour traiter les crises aiguës. C'est peut-être en appréciant le risque que l'on peut trancher sur cette question.

B) Entre liberté et sécurité, un espace pour le risque.

Deux obligations contradictoires, la liberté et la sécurité, cohabitent en permanence dans les établissements. D'un côté, « *la personne âgée en institution est un citoyen dont la liberté n'est pas négociable* »⁷⁵ mais de l'autre la même personne devant bénéficier d'un droit à la protection. Droit énoncé dans l'article sept de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie : « *il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté* ». Alors que faire ?

⁷⁵ AGAESSE M., op cit, p 30.

Madame BOUTTAZ, juriste, rappelle lors d'un congrès de la FNADEPA⁷⁶ qu'il est difficile de concilier l'inconciliable, notamment au regard « *du législateur qui rappelle en toute occasion que la liberté d'aller et venir du résidant doit être respectée, alors que le juge quant à lui n'hésite pas en certaines occasions à sanctionner et retenir la responsabilité des établissements lorsque un résidant échappe à leur vigilance* »⁷⁷

Regardons le risque au travers de la déambulation, une des manifestations de la maladie d'Alzheimer. Peut-on laisser des personnes âgées errer dans un environnement collectif inadapté, ou avec des personnes non démentes qui subiront une gêne ? N'y a-t-il pas une mise en danger du groupe, une atteinte à la liberté individuelle des autres personnes qui n'ont pas forcément envie de partager et de subir une présence « gênante ». Faut-il alors restreindre une liberté individuelle qui est celle de déambuler au nom du respect de la qualité de vie collective ? Mais pour garantir cette liberté individuelle de déambuler n'y a-t-il pas d'autres réponses que de sectoriser, d'enfermer ?

Cette interrogation fut débattue en CROSMS⁷⁸, en juin 2006, lorsque nous avons abordé le projet d'accompagnement des résidants, que j'ai souhaité entre ces deux logiques, qui sont peut-être un peu trop réductrices aujourd'hui. A l'heure où la loi du 2 janvier 2002 prône de développer des modes d'accueil innovants, j'ai défendu l'idée d'accueillir dans la mixité, sur des temps de vie partagés, déments et non déments, de manière flexible et organisée. Le projet de vie individualisée ainsi que le projet de soins permettront de fixer le niveau de prestations autour du concept de « bénéfique risque ».

Erving GOFFMAN⁷⁹ définit la notion d'institution totale comme « *un lieu de résidence ou de travail où un grand nombre d'individus, placés dans une même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et rigoureusement réglées* ». Ainsi, la maison de retraite pourrait être considérée comme institution totale au même titre que des prisons ? Le dernier sondage de la Sofrès qui traduit un désamour des Français pour les maisons de retraite montre bien que dans les mentalités, les maisons de retraite restent des lieux à connotation négative.

⁷⁶ FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissement de Service pour Personnes Agées.

⁷⁷ BOUTTAZ M., liberté et sécurité le droit au risque, *les cahiers de la FNADEPA*, octobre 2006, n°93,p 12.

⁷⁸ C.R.O.S.M.S : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

⁷⁹ GOFFMAN E., *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, Paris, 1979, p 41.

Pour lutter contre cette vision, il faut rappeler que la maison de retraite n'est pas un hôpital psychiatrique où se pratique l'enfermement. C'est un lieu de vie, certes où la prise en charge des personnes souffrant de troubles intellectuels nécessite des précautions comme par exemple une clôture grillagée, des portes fermées, des rondes nocturnes. Mais c'est avant tout, un lieu qui doit permettre aux anciens et à ceux malades Alzheimer de vivre autour d'activités socialisantes, d'animation, en maintenant le lien social avec la famille. Regardons à présent ces derniers points plus en détail.

2.2.2 Une architecture favorisant le traitement de la maladie.

S'il n'y a pas de modèle unique de lieux de vie spécialisé pour personnes désorientées, l'unité de vie spécialisée toutefois, doit permettre d'accompagner des résidents déments, déambulants, perturbateurs, tout en garantissant une qualité de vie à tous. Pour cela différents grands principes architecturaux doivent être appliqués.

Selon le Dr Maurice PAREAUD (Président de l'Association ALOIS Alzheimer et maladies apparentées) « *Outre-Atlantique, 5 critères pour définir une unité Alzheimer ont été établis ; ces critères sont actuellement reconnus par la communauté scientifique en France :*

- *Environnement architectural adapté,*
- *Diagnostic de démence établi,*
- *Personnel formé, spécialisé, expérimenté, soutenu.*
- *Implication des familles.*
- *Projet spécifique de soins».*⁸⁰

Dans l'unité de vie Alzheimer, appelée aussi CANTOU⁸¹, certains objectifs à atteindre sont à la base du projet architectural. Il s'agit notamment de⁸².

- Sécuriser les personnes.
- Permettre de déambuler, de s'aérer.
- Eviter les contraintes et les interdictions.
- Atteindre un objectif de contention zéro.
- Diminuer autant que possible les sédatifs.
- Renvoyer une image positive favorisant ainsi la participation des familles et les aidant à accepter et à surmonter les difficultés résultant de la désorientation de leurs proches.

⁸⁰ PAREAUD M., Architecture et Alzheimer, *Les minutes ALOIS*, Institut de Gériatrie du Limousin, 2^{ème} journée régionale d'information mutuelle, juin 2002, p 4.

⁸¹ C.A.N.T.O.U : Centre d'Animation Naturelle Tiré d'Occupations Utiles.

⁸² AGAESSE M., op cit, p227- 228.

Regardons plus en détail les aménagements des espaces, qu'ils soient collectifs ou bien privés. Ils doivent traiter de différents aspects.

D'abord intégrer la déambulation des résidents : Celle-ci doit pouvoir s'organiser tout en évitant le risque de fugues. Pour cela, la gestion des accès peut être considérée, avec la mise en place d'une porte automatique coulissante qui puisse s'ouvrir par un système de digicodes. Les espaces de déambulation devront à l'intérieur être équipés d'une main courante et donner sur les espaces de vie collective, tels que la salle à manger, ou le salon. Ils pourront s'ouvrir sur un espace de promenade extérieur sécurisé, appelé aussi jardin thérapeutique.

Une attention toute particulière doit être portée à l'environnement visuel en considérant la décoration, et les couleurs qui seront choisies pour le traitement des sols et des murs, afin d'apaiser et de faciliter l'orientation des résidents. Les tons pastel seront favorisés, avec des contrastes différents permettant de se repérer. La luminosité naturelle ou artificielle doit être suffisante, surtout dans les parties collectives afin d'y attirer les résidents. Le confort acoustique est également recherché afin d'éviter au maximum les bruits indésirables pour maintenir une ambiance la plus tranquille possible.

Il convient également d'adapter les espaces privés et communs en tenant compte : *« d'intégrer au maximum les matériels saillants, installer un système de condamnation des fenêtres, les interrupteurs et prises électriques sont non arrachables, les lumières électriques sont inaccessibles, les robinets sont non saillants, les angles de cloisons y sont évités, les murs sont en papier toile de verre peinte, les rideaux et voilages sont supprimés, le placard est condamné par la fermeture à clé. »*⁸³

Les chambres seront décorées de manière à rappeler le « chez-soi » ; pour cela des éléments personnels pourront être installés, tels que des cadres, des bibelots. Du mobilier peut aussi être installé à condition que la chambre soit suffisamment grande, tels que fauteuils, armoires, table de nuit.

Selon J.M. VETEL⁸⁴, la conception architecturale des structures institutionnelles d'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer comporte pour lui quatre points fondamentaux : *« Ce lieu clos mais espace de liberté doit impérativement déroger à toutes les règles institutionnelles habituellement établies. »*

⁸³ AGAESSE M., op cit, p 231.

⁸⁴ VETEL J.M, vers une architecture gériatrique idéale, *la revue de gériatrie*, n°12-194 décembre 1987.

1/ L'architecture ne se résume pas à la prise en charge des patients souffrant de maladie d'Alzheimer. Elle participe à sa bonne prise en charge.

2/ Sur le plan architectural les qualités hôtelières de l'établissement doivent se rapprocher du "comme à la maison".

3/ Le fonctionnement de telles unités n'est jamais simple, c'est une perpétuelle remise en question.

4/ L'unité Alzheimer fait partie d'un tout, elle doit être replacée dans le contexte social et organisationnel de la filière de prise en charge de cette affection à ses différents stades évolutifs. »

Enfin, selon Brigitte CHALINE (Programmiste hospitalière, auteur en 2001 d'un manuel de conception architecturale «Unités d'accueil Alzheimer») plusieurs objectifs généraux sont à atteindre pour répondre aux besoins spécifiques de l'usager, du personnel et de la famille. « Pour les résidants, éviter la dépersonnalisation, favoriser le repérage temporo-spatial, permettre la déambulation [...] La problématique de la conception architecturale consiste à concilier sécurité et liberté pour le patient pour optimiser les ressources et les capacités restantes tout en minimisant les risques » Elle précise qu'il existe plusieurs modèles architecturaux, « dans certains modèles, les chambres donnent directement sur le lieu de vie, facilitant ainsi la surveillance. Dans d'autres modèles, il existe des circulations sur lesquelles donnent des groupes de chambres ; l'avantage est ici la séparation des espaces de jour et de nuit». ⁸⁵

Ainsi, nous voyons au travers de ces représentations de spécialistes que certains aspects dans la conception des lieux de prise en charge des personnes Alzheimer sont incontournables: La sécurité, la qualité des espaces, le traitement de la déambulation.

Par ailleurs, comment lier l'unité spécifique Alzheimer au reste de l'établissement en termes de logistique, de personnel, de surveillance de nuit ? Comment ou non mutualiser les moyens avec l'EHPAD ? Tous les cas de figure existent dans la littérature :

- Création de petites unités de vie de type CANTOU qui peuvent être autonomes.
- Création d'une unité Alzheimer dans un établissement. Cette unité fonctionne en autonomie, mais peut bénéficier de la logistique de l'EHPAD. (livraison des repas, surveillance de nuit...)

⁸⁵ CHALINE B., Architecture et Alzheimer, *Les minutes ALOIS*, Institut de Gérontologie du Limousin, 2^{ème} journée régionale d'information mutuelle, juin 2002, p 8.

- Création d'une Unité Alzheimer délocalisée, sur un site différent de l'EHPAD. Ce type de projet doit prévoir la livraison des repas, la surveillance de nuit.
- Enfin des regroupements d'Unités Alzheimer entre elles, avec des moyens communs.

Faut-il appliquer toutes les contraintes architecturales de l'Unité Alzheimer à l'EHPAD, sachant qu'à terme la majeure partie de la population pourra être concernée par la désorientation, et le risque de chute ? L'arrêté de la convention pluriannuelle donne un certain nombre d'objectifs architecturaux à atteindre en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge en EHPAD. Certains éléments du décret, s'adaptent particulièrement bien à la population Alzheimer, *«particulièrement pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle, concilier une indispensable sécurité avec une nécessaire liberté »*.

En ce qui concerne la qualité des espaces, le décret précise que la conception de ces espaces doit être *« un juste équilibre entre ces trois principales composantes : Etre un lieu de vie, [...] être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance conciliant liberté et sécurité, [...] être un lieu de prévention et de soins. [...] Le projet architectural doit en outre favoriser les modes d'accueil à la fois diversifiés et individualisés en cohérence avec les objectifs fixés par le projet institutionnel. »*

2.2.3 Une approche non médicamenteuse valorisant la participation.

A l'heure actuelle il n'existe pas de thérapeutiques vraiment capables d'empêcher le développement des lésions cérébrales spécifiques à la maladie d'Alzheimer. Deux types de médicaments toutefois améliorent aujourd'hui la qualité de vie des patients.

Une première classe de médicaments est composée d'acétylcholine. Cette molécule jouant le rôle de neuromédiateur cérébral intervenant notamment dans les processus de mémorisation. Généralement donné au début de la maladie à faible dose, ses effets s'estompent dès l'arrêt du traitement.

Une autre molécule, l'Ebixia va agir sur le glutamate, un autre neuromédiateur impliqué dans les processus de mémorisation. Il peut être utilisé seul ou associé en bithérapie avec d'autres traitements.

Enfin d'autres traitements sont aujourd'hui souvent associés aux traitements de base, il s'agit de la vitamine E, de médicaments psychotropes, d'anxiolytiques d'antihypertenseurs, d'antiagrégants plaquettaires, d'antiarythmiques, ou d'hypolipémiants.

Un autre axe dans la prise en charge de cette maladie concerne celui des thérapies non médicamenteuses, basées sur des activités, plutôt que sur des camisoles chimiques.

Derrière ce mode de prise en charge, basé sur des activités aux vertus thérapeutiques ou occupationnelles, on retrouve le concept de participation de l'usager qui est aujourd'hui revenu avec force, mais qui était déjà un modèle de fonctionnement dans les petites unités. La vie communautaire, le « comme à la maison », induisait déjà une implication des résidents, une forme de participation. La préparation des repas en est un exemple.

La participation démocratique garantie par l'expression de la citoyenneté, semble s'inscrire logiquement dans la continuité des pratiques des petites unités. Grâce à la loi du 2 janvier 2002, qui met l'usager au coeur de son dispositif de prise en charge, le rendant acteur et non spectateur de sa destinée. Acteur dans la vie institutionnelle en participant au Conseil de la Vie Sociale, acteur de sa propre vie, lors du recueil de son consentement ou de l'élaboration de son projet de vie. En redonnant la parole à l'usager qui en était dépourvu, la prise en compte de ses attentes et de ses souhaits induit le changement permanent, *« l'usager va alors être considéré avant tout comme un atout stratégique du changement. »*⁸⁶

La prise en charge non médicamenteuse se traduit dans les établissements par la mise en place d'ateliers thérapeutiques, dont les objectifs sont de favoriser la stimulation cognitive, motrice, sensorielle et culturelle. Ces ateliers sont basés sur la participation active de l'usager, de manière individuelle ou en groupe. Pour que la stimulation soit bien dosée, *« l'indication des ateliers thérapeutiques se fonde sur une évaluation initiale globale : cognitive, fonctionnelle, instrumentale et relationnelle. Leur but est d'optimiser les capacités restantes afin d'améliorer ou de préserver le plus longtemps possible l'autonomie »*. Chaque différent atelier est conduit par du personnel qualifié et peut donner lieu à une évaluation à la fin de chaque séance afin de mesurer le bien-être produit. *« Il constitue des moments de renforcement de la vie communautaire mais aussi de réadaptation. Il permet également l'évaluation des capacités comportementales et cognitives. Il s'inscrit dans une cohérence avec les actions quotidiennes de soins, il a pour effet d'éviter l'escalade thérapeutique pharmacologique. Il s'agit d'une thérapeutique où le soin est lié au plaisir »*⁸⁷.

⁸⁶ LHUILLIER J-M., *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes, ENSP, 2005, p 11.

⁸⁷ PERSONNE M., *Accompagner la maladie d'Alzheimer, les médiations de la réussite*, Dijon, chronique sociale, 2006, p 83-84.

Les ateliers thérapeutiques les plus généralement employés dans les Unités Alzheimer que j'ai visité⁸⁸ sont les suivants :

- Le repas thérapeutique, ou le personnel partage le repas préparé avec les résidents. Il s'agit de culinothérapie.
- L'atelier mémoire ou atelier réminiscence, destiné à travailler sur la mémoire ancienne. Le passé est évoqué en observant des objets anciens, ou par la lecture de vieux journaux.
- Les ateliers gym douce qui vont toucher à la psychomotricité de l'individu et permettre de réduire les troubles liés à la déambulation, à la désorientation.
- La musicothérapie, dite active ou passive : Chanter lors d'ateliers de chants, ou écouter des anciens morceaux qui vont faire émerger des souvenirs.
- L'art thérapie, ou par la peinture ou le dessin les expressions peuvent être favorisées.
- Des ateliers d'esthétique corporelle (coiffure, maquillage, petits massages) permettant un travail sur l'identité.
- Enfin la balnéothérapie avec stimulation multi sensorielle, ainsi que les espaces Snoezelen (chambre équipée d'un matériel de stimulation de tous les sens) ayant une efficacité tour à tour stimulante ou apaisante.

L'Unité Alzheimer semble donc un lieu propice à la prise en charge des personnes dans la mesure où les techniques, appliquées par des professionnels formés, apportent des réponses aux besoins des personnes âgées démentes. Pour autant il ne faut pas oublier que ce lieu de vie est aussi un lieu qui doit traiter de l'animation, qui sans prétendre avoir des vertus thérapeutiques aura au moins des vertus occupationnelles permettant de lutter contre l'ennui.

L'animation ne peut être réduite qu'à la fête, aux traditionnels anniversaires et aux fêtes de fin d'année. C'est à mon sens l'affaire du quotidien où de petites activités peuvent être initiées permettant de maintenir des liens sociaux entre les résidents, avec la famille et le personnel. Question de dosage, qui pourra être débattu notamment dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale. Cela permettra d'éviter cet écueil, ou « *l'absence d'animation extérieure est parfois compensée par certaines formes d'animations intérieures, jeux, musique, danse, que tous les pensionnaires n'acceptent pas, ne supportant pas la contrainte d'une joie forcée, rejetant « le temps des cerises » et autres lotos* »⁸⁹

⁸⁸ Visite de l'EHPAD d'Ambazac avec unité Alzheimer (surveillante Mme MEAUME), du CANTOU de Condat sur-Vienne (Directrice Mme RATINEAU), du Pôle du Sujet Agé du Centre Hospitalier Régional Spécialisé Esquirol de Limoges. (Service du Professeur Jean-Marie LEGER)

⁸⁹ HUGONOT R., *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 2003, p 73.

En conclusion sur ce point l'unité Alzheimer présente dès attraits qu'il me semble possible en tout ou partie de retenir pour l'établissement dont j'ai la charge. Le concept global de sécuriser tout en préservant au maximum les libertés individuelles me semble intéressant. Le concept architectural où l'on favorise la proximité sociale des uns et des autres tout en préservant l'intimité me semble aussi un point à retenir. Enfin la question d'une vie sociale et d'un traitement de la maladie abordé dans le cadre d'une vie communautaire qui s'organise parfois autour d'ateliers ou d'occupations collectives me semble apporter les réponses essentielles au bien-être des pensionnaires. En ce sens, l'unité Alzheimer permet de répondre à la nécessité de prendre soin des usagers.

2.3 Travailler en réseau pour prendre soin ?

Travailler ensemble en partageant un objectif commun, en l'occurrence la satisfaction de l'utilisateur, est un concept ancien, qui présente comme toute chose aussi sa part d'ombre. Le décloisonnement voulu par le législateur, entre le sanitaire et le médico social est en cours. Une opportunité à saisir, entre contraintes et avantages.

2.3.1 S'unir pour travailler, une idée ancienne, rappelée par les textes.

Dans une interview donnée à la lettre des collectivités⁹⁰ en Mai 2007, Jean-Jacques TREGOAT, Directeur Général de l'Action Sociale au ministère de la Santé et des Solidarités revient sur les défis du vieillissement de la population française. Il expose qu'il faut « *inventer la maison de retraite de demain* » et que parmi ses chantiers prioritaires il faut « *développer une politique volontariste de maintien à domicile qui passe par la bonne articulation des services d'aide, d'accompagnement et de soins, et une offre de services équilibrée sur le territoire* ». A la lecture de ces enjeux clairement rappelés récemment par le ministère, je m'interroge sur la place de l'établissement que je dirige au sein d'une action coordonnée. Quelle est sa place dans le réseau ? L'établissement doit il y entrer, pour « exister », quelle est son utilité ? L'évolution qualitative de la prestation n'est elle pas étroitement liée à son appartenance à un « réseau » ? Entre réseaux de santé, le CLIC et les réseaux informels, il n'est pas simple d'y trouver son chemin.

La coordination gérontologique fut prônée dès 1962 par le rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre LAROQUE. En effet, dès cette époque, la création de services de soins à domicile associant médecins, infirmiers, assistants sociaux en coordination avec les services d'aide ménagère était déjà

⁹⁰ TREGOAT J.-J., la lettre des collectivités, *hors série médico-social*, mai 2007, p1.

préconisée. Le but de la coordination gérontologique est donc de rationaliser les interventions des professionnels de l'aide et du soin auprès des personnes âgées.

Les premiers réseaux de santé remontent aux années 1980, faisant suite au septième plan qui sera composé de 25 programmes d'action prioritaire (P.A.P). L'un d'entre eux le P.A.P numéro 15, sera consacré aux mesures destinées à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et fera l'objet d'une circulaire de mise en place⁹¹. Celle-ci rappelle que le programme finalisé était basé sur la notion de secteur géographique et sur l'idée de coordination, clé de voûte de l'organisation du secteur. Puis une circulaire de septembre 1981⁹² mettant en place les coordonnateurs précisera ce qu'elle entend par coordination dans deux directions : « *une coordination des équipements et des services devra être apportée aux contacts entre établissements pour qu'il en résulte un ensemble cohérent et continu, une coordination autour de la personne âgée elle-même qui lui permettra de mieux utiliser la gamme des équipements de service qui lui est destinée* »

Concernant les maisons de retraite, l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, recommande à chaque établissement accueillant des personnes âgées dépendantes de s'inscrire dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés, et fixe des objectifs à atteindre en développant des complémentarités avec les autres acteurs du réseau local concernant :

- Le soutien à domicile : accueil de jour, de nuit, de week-end, hébergement temporaire.
- La collaboration inter établissements, sanitaires ou médico-sociaux, en matière d'organisation des soins, mise en commun des moyens, notamment en personnel soignant.
- L'intervention d'équipe psychiatrique au sein de l'établissement, par exemple grâce au secteur psychiatrique, tant pour une amélioration de l'état de santé des résidents ayant une détérioration intellectuelle ou une autre pathologie mentale, que pour prodiguer, en lien avec le médecin coordonnateur, aide et conseil aux personnels de l'établissement.

Le cahier des charges énumère ensuite des éléments à mettre en oeuvre pour satisfaire ces objectifs :

- La politique d'admission de l'établissement et son projet institutionnel doivent être clairement définis et connus par l'ensemble des partenaires.

⁹¹ Circulaire numéro AS5 du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'action prioritaire n°15 : favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

⁹² Circulaire n° 34 du 18 septembre 1981 relative aux emplois de coordination et d'aide ménagère pour les personnes âgées.

- Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes devraient passer une convention avec au moins un établissement de santé publique ou privé dispensant des soins en médecine, chirurgie et disposant d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs, en privilégiant les services les plus orientés vers la gérontologie.
- Développer des collaborations avec d'autres institutions et services y compris les clubs du troisième âge : Afin de conforter les projets d'animation, promouvoir des formules d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire communs, procéder à des échanges de personnel.

Enfin dans sa section Trois portant sur la coordination et la coopération, la loi du 2 janvier 2002 confirme ce cahier des charges en rappelant que « *l'objectif est de favoriser la coordination, la complémentarité et de garantir la continuité de prise en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés. Les modes de coordination proposés sont les suivants : les conventions, des groupements d'intérêt économique, les groupements d'intérêt public, des syndicats d'établissements, les regroupements et fusions, la coopération avec les établissements de santé.* »

Aujourd'hui les deux outils de la coordination gérontologique reposent essentiellement sur deux modèles qui sont les CLIC et les réseaux de santé. Regardons plus en détail ces deux formes de travail en réseau.

2.3.2 Les CLIC et les réseaux de santé : Deux dispositifs incontournables.

A) Des champs d'intervention distincts avec des objectifs similaires

Les CLIC⁹³ s'inscrivent dans une politique publique en faveur des personnes âgées, les réseaux dans l'organisation du système de santé. Ils concourent à améliorer la qualité de la prise en charge fondée sur une approche globale et personnalisée des besoins des personnes en associant prévention, accompagnement social et soins. Ils mobilisent les ressources du champ sanitaire, social et médico-social autour des besoins individuels et dans une aire géographique définie. Les CLIC visent à garantir la continuité, la lisibilité, l'ancrage territorial et la cohérence des politiques publiques en direction des personnes âgées, dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits, et de réseau entre professionnels et acteurs locaux.

⁹³ C.L.I.C : Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique.

Les réseaux favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ils répondent à un besoin de santé de la population prenant en compte l'environnement sanitaire et social.

B) Des missions et des territoires avec des publics complémentaires.

Les CLIC s'adressent à l'ensemble des personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels qui interviennent auprès d'elles. Les réseaux répondent à des besoins de santé spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Les adhérents aux réseaux de santé appartiennent en priorité au secteur de la santé et rassemblent professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales et organisations à vocation sanitaire ou sociale, représentants des usagers.

Les CLIC et leurs partenaires relèvent généralement du secteur social et médico-social avec une implication institutionnelle souvent forte des principaux acteurs de la politique gérontologique tels que, collectivités territoriales (départements, communes et groupements de communes), CRAM, caisses de retraite, organismes de protection sociale, hôpitaux, EHPAD, services à domicile, professionnels sociaux ou médico-sociaux, professionnels de santé (dont ergothérapeutes), représentants des usagers.

CLIC et réseaux de santé interviennent sur un territoire géographique bien défini : Le territoire d'intervention des CLIC est intra départemental, il est défini au niveau départemental dans le cadre du schéma gérontologique et correspond aux " bassins de vie " des habitants. Le réseau des CLIC permet de mailler l'ensemble du territoire. La maison de retraite de St- Sulpice- les-Feuilles est rattachée au CLIC nord de la Haute-Vienne qui regroupe quatre cantons (Châteauponsac, Magnac laval, Le Dorat, et St Sulpice-Les-feuilles) Pour sa part, le territoire d'intervention des réseaux de santé est infra-régional. Chaque réseau définit lui-même son territoire en fonction de ses objectifs. Un même territoire peut être couvert par plusieurs réseaux de santé. Le territoire de santé auquel est rattaché la Résidence est celui du Haut-limousin.

Les CLIC et les réseaux de santé visent à améliorer la qualité des prises en charge par : L'évaluation des besoins, la mise en place de réponses rapides, complètes et coordonnées, la coordination des professionnels de santé et des professionnels du champ social et médico-social, la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé. Compte tenu de leurs missions, CLIC et réseaux de santé ont un rôle, de fait, d'observatoire des besoins et des réponses sur leur territoire.

Les soins font partie intégrante de la prise en charge assurée par les réseaux de santé, alors que les CLIC n'ont pas vocation à délivrer directement ni soins, ni prestations à domicile.

La particularité des CLIC repose essentiellement sur deux axes : D'une part, ils constituent des lieux d'accueil, d'écoute et d'information du public ainsi que des centres de ressources pour les professionnels. D'autre part ils ont vocation à intervenir sur l'environnement de la personne âgée, notamment sur l'habitat, tant au niveau de l'évaluation, de la mise en place de réponses que de la coordination des intervenants.

Les modalités d'intervention du réseau sont spécifiques : Le patient pris en charge individuellement dans le cadre d'un réseau de santé formalise son accord après avoir été préalablement informé.

C) Des dispositifs de pilotage et des financements distincts.

Concernant les dispositifs de pilotage, la décision de " labellisation " des CLIC est prise conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général, après avis du comité de pilotage départemental, qui rassemble les principaux acteurs de la politique gérontologique. Cette instance partenariale présidée par le Préfet et le Président du Conseil Général est également sollicitée pour la définition du territoire et l'évaluation des CLIC, ainsi que pour la régulation des partenariats financiers.

Les réseaux de santé ne sont pas soumis à une procédure d'agrément, mais à des décisions de financements publics, conditionnées par le respect de critères de qualité, d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret. Une décision conjointe de l'ARH⁹⁴ et de l'URCAM⁹⁵ est nécessaire pour bénéficier de la dotation régionale de développement des réseaux (D.R.D.R)

CLIC et réseaux de santé ont vocation à bénéficier de cofinancements. Les CLIC bénéficient d'un cofinancement de l'État, associé aux autres financeurs institutionnels, (Conseils Généraux, communes, CRAM, MSA⁹⁶) La gestion de ces crédits est déconcentrée au niveau des DDASS. Les réseaux de santé quant à eux bénéficient de financements pluriannuels avec les crédits de l'assurance maladie, (parmi lesquels la dotation nationale dédiée aux réseaux et déclinée par région, créée au sein de l'ONDAM⁹⁷), les subventions de l'État et des collectivités territoriales. Ils peuvent

⁹⁴ A.R.H : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

⁹⁵ U.R.C.A.M : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

⁹⁶ M.S.A : Mutualité Sociale Agricole.

⁹⁷ O.N.D.A.M : Objectif National de Dépenses sur l'Assurance Maladie.

également prétendre au financement spécifique sur le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) géré par l'assurance maladie.

La démarche retenue pour le développement des CLIC et des réseaux de santé est une démarche privilégiant les initiatives, les expériences locales, la mutualisation des informations. Les CLIC s'inscrivent davantage dans le contexte institutionnel d'une politique publique partagée, alors que les réseaux de santé se situent dans le cadre d'une démarche volontariste reposant sur la liberté d'adhésion, d'entrée et de sortie des professionnels comme des patients.

2.3.3 Entre bienfaits et dérives du réseau, quelle stratégie ?

J'adhère largement à l'idée que le Directeur doit inscrire l'établissement qu'il dirige dans une dimension stratégique, d'ouverture, avoir une vision de l'avenir, et bien appréhender son environnement. Patrick LEFEVRE le dit d'ailleurs très bien: « *Il se trouve qu'aujourd'hui les établissements sociaux et médico-sociaux sont conduits à composer avec l'ensemble des modifications de la société et doivent intégrer des conceptions innovantes permettant de gérer, avec clairvoyance et imagination des transitions et articulations entre l'action sociale spécialisée, segmentée, et une action sociale globale* »⁹⁸

Comment conduire un établissement aujourd'hui dans ce monde mouvant, technique, concurrentiel, où chacun se bat souvent pour la légitimité de son action, sans être bien entouré ? Le directeur d'établissement de type gestionnaire devient par la force des choses un directeur d'action sociale, dans la mesure où il se retrouve impliqué dans des logiques de partenariat, puis d'actions coordonnées dont les réseaux en sont l'aboutissement. Un univers à la fois rassurant mais inquiétant aussi, qui autonomise ou rend dépendant.

Ne pouvant y échapper, la question est en fait de savoir ce que peut apporter le réseau à l'établissement aujourd'hui, et vice versa, afin de respecter la théorie du don et du contre don. Ce n'est qu'au regard de cette relation d'échange, d'interdépendance que l'on peut identifier ce qu'est un réseau. Regardons à présent différents aspects, positifs et négatifs, de l'appartenance à un réseau.

A) Les bienfaits du réseau, quels bénéfices pour l'utilisateur et l'établissement ?

Tout d'abord, sécuriser le fonctionnement quotidien. Lors d'une crise, d'une situation à gérer parfois en urgence, il est rassurant de pouvoir faire appel rapidement à

⁹⁸ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, 2003, p12.

une aide extérieure. Pour compter sur celle-ci, qu'elle soit immédiate et fiable dans le temps, l'inscription dans le réseau gérontologique est la meilleure solution. Par exemple, faire appel à des équipes spécialisées du secteur psychiatrique, ou adresser de manière privilégiée dans le service de médecine de l'hôpital local, en s'appuyant sur des conventions qui auront été passées entre les établissements.

Le réseau permet aussi de mieux répondre aux attentes nouvelles de « l'utilisateur famille ». C'est de plus la garantie de répondre rapidement, de manière coordonnée à n'importe quel type de situation, permettant de satisfaire ce nouveau groupe de personnes qui n'est plus simplement le malade ou le résident, mais l'ensemble des personnes qui vivent avec lui. L'inscription dans le réseau permet d'avoir une approche globale de la prise en charge du résident et de répondre par la même aux attentes de la famille qui souhaite une qualité, une garantie, une rapidité de la prise en charge en étant assuré qu'il y sera apporté une solution adaptée.

Entrer dans un réseau est aussi une forme de reconnaissance de la qualité de l'équipe, de l'ensemble des compétences que l'établissement met au service de l'utilisateur. Les quelques pistes que j'ai empruntées pour me faire mon réseau, entrer dans ceux des autres, ou bien dans les réseaux institutionnels, n'ont pu l'être que si l'on est soi-même, ou le produit que l'on apporte, désirable : « *Dans de tels réseaux vos chances de succès sont assez clairement liées à vos compétences. Vous trouverez toujours des individus qui viennent participer aux activités de tels réseaux pour se montrer. Ils sont assez vite repérés et ne prennent pas d'influence particulière. Si votre projet est d'intégrer ce type de réseau, y gagner en influence pour conjuguer efficacement vos projets personnels avec celui du réseau, il faudra vous montrer compétents. La compétence dans ce contexte rend désirable.* »⁹⁹ S'exposer, sortir de l'ombre, est une manière de se faire juger par les autres. Être accepté ou rejeté d'un réseau, n'est-ce pas le meilleur moyen d'engager une démarche qualité ? Revoir sa copie là où d'autres réussissent ? Finalement entrer en réseau n'est-il pas un levier pour pousser cette fameuse roue de DEMING ?

B) Quelques zones d'incertitudes concernant l'appartenance à un réseau.

D'abord pour l'utilisateur, ne peut-on dire qu'une personne prise en charge dans le cadre d'un réseau coordonné soit favorisée par rapport à celle qui se trouve hors réseau ? Réseau rimant a priori avec qualité, n'y a-t-il pas un paradoxe que de développer des réseaux qui créent une différence entre des niveaux de prestations ? N'y a-t-il pas le

⁹⁹ MARCON C., MOINET N., *Développez et activez vos réseaux relationnels*, Paris, Dunod, 2004, p 87.

même droit d'accès aux services de soins que l'on soit usager d'un service appartenant ou non à un réseau ?

Egalement, je m'interroge concernant la liberté de choix de l'utilisateur, de sa capacité à sortir des mailles d'un réseau tout simplement parce qu'il le souhaite. La constitution de réseaux de prise en charge crée par ailleurs un nouvel enchevêtrement de structures et de dispositifs dont l'utilisateur ignore même l'existence. De ce fait n'y a-t-il pas une captation de l'utilisateur sans son consentement éclairé ?

Pour l'établissement, se pose la question de l'harmonisation des pratiques professionnelles entre guerre d'ego, clivages entre secteurs lucratif et non lucratif, et une difficulté à adopter des outils communs ; l'exemple type en est la fiche de liaison ou de transfert qui reflète assez bien des niveaux de diversité entre les établissements.

Un autre point concerne la position de la maison de retraite dans le réseau local de la coordination : Celle-ci se retrouve en bout de chaîne dans la prise en charge des personnes âgées sur le canton et elle est en général le dernier lieu de vie. De ce fait, la logique de coopération se trouve souvent assez limitée, le CLIC se contentant d'adresser en urgence des demandes d'hébergement, alors que l'établissement est toujours complet et que sa politique d'accueil le contraint à ce jour d'avoir à choisir les personnes les moins dépendantes.

C) Choisir une « stratégie réseau » : Vers l'intelligence ?

Quelle position le directeur cherche-t-il à avoir dans son environnement professionnel ? Quelle place cherche-t-il à donner à l'établissement qu'il dirige, au niveau local et départemental ? La question est de savoir quelle « stratégie réseau » adopter, et pour quelle finalité : A défaut d'avoir une position centrale dans le réseau, comment est-ce que je veux placer l'établissement dans son secteur d'activité : Le rendre visible ? Devenir un acteur incontournable ? Ou bien est-ce que je souhaite simplement que l'établissement reste en périphérie, avec le risque d'être « mangé » ou exclu du réseau ? Mieux vaut me semble-t-il tout faire pour être proche du cœur du réseau, pour s'en servir et survivre, mais aussi afin de pouvoir l'alimenter, l'entraîner, et le dynamiser.

Selon Lionel BELLANGER concernant la stratégie réseau, celui-ci écrit qu'« *il semble intéressant d'élargir le débat et d'enrichir les deux orientations originelles attaquer ou défendre, en les faisant évoluer vers s'engager ou contrôler. Cette mutation des termes autorise un usage moins belliqueux et radical du sens d'attaquer et de défendre pour en garder simplement l'inspiration* »¹⁰⁰ Selon lui, entre la stratégie de l'engagement

¹⁰⁰ BELLENGER L., *Etre stratège (éduquer l'esprit de la compétition)*, Paris, ESF éditeur, 1998, p 53.

liée à une prise d'initiatives, à la prise de risques qui permet par l'innovation de prendre l'avantage sur la concurrence, en avançant à visage découvert, s'oppose la stratégie de contrôle qui elle repose sur l'attentisme, l'art du contournement, les influences. D'après lui aucune des deux stratégies est supérieure à l'autre, le vrai stratège est celui qui sait allier les deux c'est-à-dire faire preuve d'intelligence.

Développer une spécificité dans la prise en charge des malades Alzheimer me semble une porte d'entrée recevable pour entrer dans le réseau gérontologique. Cela mettra la Résidence dans une position centrale sur cette thématique sur le canton, tout en réinscrivant son action au niveau départemental.

Pour terminer sur la question du réseau, je reprendrai l'analyse de Bernard ENNUYER, « *la coordination, c'est à la fois ce qui lie, au sens de relier, et ce qui enserme et contrôle. On est dans l'ambivalence de la communication et du contrôle. Contrôlé par la périphérie, le réseau peut être vu comme un espace de communication, et contrôlé par le centre, il devient un espace de surveillance.* »¹⁰¹

A défaut d'entrer en réseau par la taille de l'établissement, ma stratégie est d'y entrer par la compétence. Puis, développer avec l'équipe de la Résidence du Cèdre, des relations avec d'autres intervenants, et de ce fait, créer à moyen terme un nouveau réseau : Celui propre à la Résidence du Cèdre.

Conclusion deuxième partie.

L'enjeu pour le directeur est de construire une réponse aux besoins repérés qui ne sont pas couverts. Cela passe par la mise en œuvre d'un projet qui se structure avec la dimension du « prendre soin ».

J'aurai abordé dans cette seconde partie, trois approches qui vont trouver leur place dans le projet de direction que je propose.

Celle de soigner par une approche globale de l'usager, à l'heure de médicaliser l'établissement. Celle de l'unité Alzheimer, comme une réponse institutionnelle qui intègre dans son architecture et son fonctionnement la dimension du « prendre soin ». Enfin celle du réseau, un outil qui permet de garantir de « prendre soin » des personnes âgées par l'accès organisé à des moyens externes.

Regardons à présent comment je souhaite intégrer la dimension du prendre soin dans le projet d'adaptation de l'offre de service de l'établissement aux nouvelles attentes des personnes âgées ; ce sera l'objet du troisième volet de ce mémoire.

¹⁰¹ ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Dunod, 2006, p170.

3 La réorganisation globale pour garantir un projet d'accompagnement des personnes à vieillir sur leur territoire.

Deux ans et demi. Voilà la durée sur laquelle je me suis engagé pour concevoir, entreprendre l'adaptation de l'établissement dans sa nouvelle forme, en pilotant le changement. Une durée qui peut paraître longue pour des établissements disposant d'appuis techniques et logistiques conséquents, mais un laps de temps nécessaire en revanche lorsque le directeur mène de front l'ensemble de son projet.

Celui que je propose est d'adapter l'établissement à sa population afin qu'elle puisse y vieillir au plus proche de son lieu de vie antérieur, avec une prise en charge spécifique pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Un projet de direction auquel j'ai souhaité affirmer, dès sa conception, la place centrale de l'usager et de sa famille, dont les attentes ont conduit à déterminer de nouveaux modes de prise en charge. Une aventure humaine mobilisante, conduite par l'investissement des professionnels qui sont le moteur de l'action. J'aborderai successivement trois points dans cette partie :

-Tout d'abord, l'élaboration des projets d'établissement, de vie, de soins et d'animation, par la prise en compte de la parole des usagers et des professionnels.

-Ensuite, je déclinerai les grandes lignes dans la mise en oeuvre des nouvelles modalités d'accueil de l'EHPAD et de son Unité Alzheimer, en y intégrant notre relation aux réseaux.

Enfin, j'aborderai les points de vigilance pour garantir le succès de cette adaptation de l'offre aux nouvelles attentes des usagers, pour garantir de passer du projet à l'action.

3.1 Accompagner toutes les personnes vieillissantes par la mise en oeuvre de projets axés sur le prendre soin.

Pour ne laisser personne au bord du chemin, il faut être capable d'entendre la parole de l'usager, et se donner les moyens de mettre en oeuvre ce que l'on a entendu.

3.1.1 Le projet institutionnel : Des fondements décidés collectivement.

A) Une élaboration rendue obligatoire par la loi.

L'élaboration du projet d'établissement est aujourd'hui une obligation traduite par les textes: D'abord l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle précise qu' *«il convient d'élaborer un document dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins»*. Également la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale insère dans le code de l'action sociale des familles un article L.311-8 ainsi rédigé : *« Pour*

chaque établissement ou service social ou médico-social il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement »

Avant d'entreprendre l'écriture de ce dernier, il m'a semblé nécessaire de consulter l'ensemble des personnes concernées par ce projet pour savoir vers quoi ils souhaitaient voir s'orienter l'établissement. Dans la dimension du prendre soin de l'usager, un préalable est de lui donner la parole.

B) Donner ensemble une base éthique au projet d'établissement.

La MAPA n'a jamais eu de projet d'établissement. Un manque pénalisant car il empêche de s'appuyer sur une identité, sur des valeurs qui certainement existent dans la conscience collective, mais qui n'ont jamais été traduites et auxquelles il est difficile de se référer. Le projet d'établissement est pourtant essentiel car *« celui-ci permet aux administrateurs, gardiens de la mémoire de l'institution, de rappeler les valeurs qui ont inspiré les fondateurs de l'établissement et la vocation qu'ils lui ont donné »*¹⁰². La première chose à entreprendre est donc de fonder le projet autour de valeurs clairement exposées.

Pour cela, j'ai organisé la constitution d'un groupe comprenant 16 membres associant les usagers, les familles, l'équipe de la résidence, les membres du CCAS et les élus, ainsi que les intervenants libéraux. Celui-ci appelé groupe « projet d'établissement » se retrouve au rythme de trois réunions mensuelles.

Lors de la première réunion, j'ai expliqué la situation de l'établissement au regard de l'autoévaluation, de l'audit technique, et de la réforme de la tarification. Malgré d'importantes divergences d'opinions, souvent liées à des intérêts particuliers, ou à une méconnaissance des problématiques liées à la gérontologie, j'ai pu constater que ce premier « brainstorming » produisait son effet, à savoir faire émerger des idées autour desquelles nous pourrions obtenir un consensus de départ pour fonder notre action.

La seconde réunion permettra de rentrer beaucoup plus en détail sur les aspects techniques, sur nos obligations imminentes au regard de la réforme de la tarification, et d'évoquer notre politique d'accueil et nos moyens défaillants. La troisième et dernière réunion conduira à donner un sens vers lequel travailler pour la mise en œuvre du nouveau projet.

¹⁰² VILLEZ A., *Adapter les établissements pour personnes âgées*, Paris, Dunod, 2005, p136.

C) Un acte fondateur issu d'un consensus.

L'avant-projet est bâti sur un fil rouge, que certains peuvent juger déclaratif de bonnes intentions, mais il a au moins le mérite d'exister. Celui-ci repose sur « Un souhait partagé de respecter la volonté des anciens de rester sur leur territoire, en réponse à une dette sociale que nous leur devons ». Les attaches familiales et territoriales sont donc clairement posées.

Ensuite, nommer ce nouveau projet sera une préoccupation, trouver une forme de slogan qui permette de bien marquer la rupture entre l'avant et l'après, de donner une identité au projet: « Bien vieillir tous ensemble » sera retenu. Quatre mots qui forment une expression simpliste, mais qui porte en elle pourtant toutes les attentes des usagers et de la population.

A partir de ce fondement, est très vite arrivée la question du comment garantir de bien vieillir tous ensemble ? La proposition de médicaliser l'établissement ainsi que d'ouvrir une Unité Alzheimer sera faite lors de cette troisième réunion groupe projet, en compilant les idées des uns et des autres, et après en avoir largement débattu.

D) La rédaction d'un avant -projet institutionnel.

Un groupe restreint est constitué afin de travailler à l'élaboration de ce document, dans le but de pouvoir le joindre aux éléments constitutifs du dossier CROSMS et de donner les premiers éléments concernant les grands principes d'organisation qui seront retenus. Le groupe se compose de quatre personnes: D'un élu du CCAS qui est médecin retraité, d'un agent de la résidence expérimenté, de la fille d'une résidente habitant sur la commune et de moi-même.

3.1.2 Une construction du projet de vie d'établissement axé sur la satisfaction des besoins des usagers.

A) La création de groupes de travail et le choix d'une méthode.

Selon Jean-Marc LHUILLIER concernant la mise en œuvre du projet d'établissement, « *Cinq lignes de loi ont donné des milliers de pages de management* »¹⁰³. J'ai retenu une méthode de management participatif associant l'équipe à l'élaboration du nouveau projet d'établissement. J'y vois une opportunité de mettre l'équipe en mouvement, qu'elle suive les avancées du projet, qu'elle y adhère et qu'elle soit au cœur de l'action tout en émettant elle-même les améliorations à y apporter.

¹⁰³ LHUILLIER J.M., op cit p150.

L'objet du projet de vie d'établissement est de présenter les modalités pratiques de la vie collective. Les conditions de sa mise en œuvre «*sont liées au développement d'un processus de réflexion qui doit faire participer tous les acteurs qui ont une place dans la vie de l'établissement : Le personnel, les administrateurs, la direction, les résidents, les familles, les bénévoles, les intervenants libéraux* »¹⁰⁴ Pour ce faire, j'envisage de créer :

- Un comité de pilotage composé d'un élu du CCAS, d'un usager ou de son représentant et de moi-même.
- Trois groupes de travail composés, d'un agent, d'un usager ou de son représentant et d'une personne la mieux qualifiée sur le sujet traité.

Je décide d'orienter les travaux sur des sujets qui me semblent à la fois prioritaires, mais aussi assez généralistes ou accessibles aux groupes, de sorte qu'ils puissent fournir une base de travail sans être rebutés par la tâche .

Le comité de pilotage décide d'atteindre trois objectifs généraux à répartir sur les trois groupes de travail comme suit, et qui doivent chacun intégrer la dimension du « prendre soin. »

Premier groupe : Réorganiser le temps institutionnel en fonction des souhaits des usagers.

Deuxième groupe: Développer l'animation et la vie sociale pour que la Résidence soit un lieu de vie.

Troisième groupe : Organiser les soins autour du résident acteur et non objet de soins.

Regardons comment je propose d'atteindre ces objectifs.

B) Réorganiser les temps institutionnel en fonction des souhaits des usagers.

La gestion de l'établissement demande une organisation, condition permettant de servir une prestation de qualité. Pour cela, il faut un cadre qui permette de garantir au quotidien cette prestation. Mais ce fonctionnement a tendance à interférer avec la prise en compte des attentes particulières des résidents. Le groupe de travail va développer des objectifs opérationnels, qui vont se décliner en programme d'action de manière à intégrer les demandes des usagers à notre nouvelle organisation.

Prenons l'exemple de la prise en charge du petit déjeuner : Faut il que tous les résidents prennent leur petit déjeuner à 8H30 dans la salle à manger ou peut on assouplir les horaires de ce service ? La réflexion du groupe de travail conduit à proposer d'assouplir les horaires. Cela se traduit par :

- Un objectif opérationnel : Assurer un service du petit déjeuner de 8h à 9H30 en salle à manger ou en chambre.
- Des actions à accomplir qui seront déclinées pour atteindre cet objectif :

¹⁰⁴ VILLEZ A., op cit p129.

- Créer une fiche avec les heures de lever des résidants.
- Prévoir les arrivées décalées dans la salle à manger.
- Demander la veille, lors de la ronde du soir, où le résidant souhaite être servi le lendemain.

Cet exemple montre qu'il est possible de prendre en considération les souhaits des usagers, dans un cadre organisé, mais où l'établissement s'adapte aux attentes de l'usager et non l'usager qui subit une organisation rigide de l'établissement. Tous ces espaces de liberté, de choix, que l'on peut trouver et rendre aux résidants sont un des axes sur lesquels ce groupe travaille. Il concerne également les repas de midi et du soir, les heures de réfection de la chambre, les heures pour ramasser le linge...

La tâche est grande mais commencée, et à ce jour, ce groupe poursuit l'avancement de ses travaux afin d'alimenter le projet de vie d'établissement.

C) Développer l'animation et la vie sociale pour que la résidence soit un lieu de vie.

Selon Bernard HERVY, il faudrait « consacrer 10% du temps du personnel à l'accompagnement de la vie sociale des personnes âgées, pour tous les personnels des établissements, sans exception »¹⁰⁵. Je rejoins entièrement cette proposition, d'autant que notre futur budget alloué ne financera pas d'animateur.

Tout comme le premier groupe de travail, le second groupe s'est fixé des objectifs opérationnels afin de mettre en œuvre une animation structurée dans l'établissement. J'ai limité toutefois l'objectif général à l'animation occupationnelle et récréative, à ne pas confondre avec la conduite d'ateliers thérapeutiques, qui sont certes voisins, mais dont les effets doivent être évalués par des professionnels soignants.

Un exemple émis par le groupe :

- Objectif opérationnel : Proposer au minimum une animation chaque jour, et créer un programme d'animation à la semaine qui sera affiché dans le Hall.
- Sa traduction en actions à accomplir :
 - Recueillir les souhaits des résidants, leur histoire de vie, leurs hobbies.
 - Choisir des animations qui s'appuient sur des événements relatifs au calendrier : Dates d'anniversaires, les fêtes nationales, les saisons, etc....
 - Rechercher et utiliser les compétences de certains agents (Chant, dessin, lecture...)

¹⁰⁵ HERVY B., *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, ENSP, Dijon, 2003, p110.

D) Organiser les soins autour du résidant, acteur et non objet de soins

Le troisième groupe de travail va lui travailler sur la manière d'intégrer la culture soignante en interne, orientée vers le « prendre soin ». Je fais partie de ce groupe de travail afin de pouvoir transmettre aux infirmières et aux aides soignantes qui seront prochainement recrutées, les objectifs opérationnels à atteindre et qui sont les suivants :

- Mettre en place un plan de soin personnalisé après avoir évalué l'autonomie, et l'état de santé.
- Mettre en œuvre des soins d'hygiène, de confort, médicaux en favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que la prise en charge.
- Développer les ateliers thérapeutiques pour les résidents de l'unité Alzheimer et pour ceux de l'EHPAD.
- Evaluer l'état de bien être des résidents.
- Développer des modes d'accompagnement de fin de vie.

Je cèderai ma place dans ce groupe de travail au Médecin Coordonnateur qui aura la charge de proposer des actions en conformité avec l'approche globale de l'usager, en intégrant la notion de bénéfice-risque pour ce dernier.

La synthèse de ces travaux s'effectuera par le comité de pilotage, auquel j'associerai un rapporteur de chaque groupe de travail et elle sera retranscrite dans le projet d'établissement. Ce dernier sera présenté au Conseil de la Vie Sociale, au Conseil d'Administration du CCAS, pour y être validé. Le projet d'établissement restera ouvert, revisité trimestriellement, puisque je maintiendrai les trois groupes de travail afin qu'ils puissent évaluer sur le terrain, proposer et mettre en œuvre de nouvelles actions. A chaque réunion trimestrielle des deux Conseils précités, les améliorations portées au projet seront revalidées.

Regardons à présent les autres outils destinés à garantir l'exercice du droit des usagers qui sont à mettre en œuvre en priorité dans l'établissement.

3.1.3 Mettre en œuvre de nouveaux outils garantissant l'information, l'individualisation de la prise en charge et la citoyenneté.

A) Du livret d'accueil à la page d'accueil pour informer en transparence.

Une maquette est en cours d'élaboration. Son contenu reprend sous forme synthétique et esthétique les points essentiels concernant l'établissement, les personnes qu'il accueille, les prestations offertes, ainsi que les prix pratiqués. J'attache une grande importance à cette plaquette puisqu'elle est le reflet de l'établissement, le premier

document que l'on va remettre lors d'une demande d'admission. Sa conception est soustraite dans sa forme par une entreprise spécialisée. Son tirage sera limité la première année afin d'être enrichi par les apports du projet d'établissement.

En parallèle, j'avais fait appel en 2004 à un webmaster pour ouvrir une page d'information sur Internet. Cette page sera réactualisée par ses soins en fin d'année, sur la base du contenu du livret d'accueil. Ce mode de communication permet aujourd'hui aux familles qui se sont ouvertes aux technologies modernes de pouvoir faire une visite virtuelle de l'établissement et d'accéder aux informations essentielles. Une mise en ligne des documents de séjour, et d'admission est prévue. Son contenu est accessible sur : www.87nord.org (Cliquer sur Communes, St-Sulpice-Les-Feuilles, Maison de retraite)

B) La procédure d'accueil : Une étape fondamentale à construire pour individualiser la prestation.

L'admission est un moment paradoxal, auquel il faut consacrer du temps, alors que parfois il faut aller vite face à des situations familiales difficiles. Je ne refuse pas les placements catastrophe, car dans ce cas, l'usager subit la situation plus qu'il ne la choisit. Néanmoins, je préfère associer le résidant, sa famille, le médecin traitant et moi-même dans une perspective constructive.

L'axe de travail, que je souhaite traduire par une procédure d'accueil, est une démarche que j'entrevois comme la recherche d'un point d'équilibre entre :

- Réaliser la mission de l'établissement, accueillir des personnes âgées.
- Prendre en compte les intérêts de la personne âgée au regard de sa situation médico- sociale.
- Satisfaire l'usager- famille dont les attentes sont légitimes.

Le consentement individuel sera obligatoirement recherché afin d'éviter au maximum le glissement de la personne et un placement non consenti. Les modalités d'admission en Unité Alzheimer se feront avec un avis médical sur les bases du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et en fonction de l'état d'avancement de celle-ci.

Dans la suite logique de l'accueil, un contrat de séjour sera établi et permettra de prononcer l'admission définitive dans l'établissement.

C) Le contrat de séjour, garant d'engagements réciproques.

« Puisque aucun homme n'a une autorité naturelle sur son semblable, et puisque la force ne produit aucun droit, restent donc les conventions pour base de toute autorité légitime parmi les hommes. Ainsi, Jean-Jacques ROUSSEAU entame-t-il le chapitre de l'esclavage de son célèbre ouvrage du contrat social qui met en évidence que les rapports

humains ne possèdent que peu d'alternatives et que le contrat constitue l'antidote de l'absolutisme des hommes »¹⁰⁶

Afin de promouvoir le droit de l'usager, et de favoriser l'exercice de sa citoyenneté, j'organise un temps hebdomadaire avec le résidant ou son représentant, la famille et moi-même pour contractualiser la prise en charge.

La mise en oeuvre du contrat implique d'instaurer un espace de négociation, permettant à l'usager de mettre en avant sa demande, et à l'établissement de proposer son offre. Le meilleur de ces espaces est d'abord celui du temps, pour que la nature des engagements soit bien mesurée et comprise par l'usager ou son représentant, sa famille et l'établissement.

Son élaboration peut s'étaler sur un mois après l'admission ce qui permet de pouvoir expliquer, recueillir les attentes, et négocier les termes des articles du contrat : Ses conditions d'application, sa modification, le respect du règlement de fonctionnement, les prestations délivrées, les conditions financières, de résiliation, les clauses de réserve et de contentieux.

Tout le personnel sera concerné pendant cette période pour participer à donner une information juste, et à s'assurer que celle-ci soit comprise au mieux des capacités du résidant.

Nous avons vu dans cette partie l'importance d'associer les personnes âgées à l'élaboration des projets qui vont influencer sur leur existence. Regardons à présent quelles améliorations devront être apportées à l'établissement, en ce qui concerne le cadre de vie, ainsi que du point de vue de son ouverture sur l'extérieur par le biais d'une inscription en réseau.

3.2 Accueillir dans un bâtiment rénové et réinscrit sur son territoire d'intervention.

3.2.1 Améliorer les conditions d'accueil dans l'EHPAD.

A) La rénovation du second étage : une triple opportunité à saisir.

La question du « bien vivre tous ensemble » ne peut être traitée que si l'espace collectif permet d'associer les différents acteurs, résidants, professionnels et familles. Ces espaces collectifs sont de deux types, ceux correspondant au lieu de restauration de

¹⁰⁶ LOUBAT J-R., op cit p 161.

repos et de rencontres (salle à manger, salon) et ceux d'activités et d'animation (salle d'activités ou salle d'animation).

La MAPA n'ayant pas de salle d'activité, j'ai porté à la connaissance du Conseil d'Administration du CCAS les comptes-rendus de l'audit technique qui s'appuie sur la réglementation incendie, interdisant la présence de locataires dans la maison de retraite. Outre le fait de se mettre en conformité avec la réglementation en libérant les quatre logements de type 2, j'ai présenté les avantages que la maison de retraite pourraient tirer de cette situation:

- Augmenter notre capacité de trois lits, en réintégrant trois logements sur quatre à la maison de retraite, portant notre capacité totale à 28 lits.
- Créer une salle d'activités polyvalente permettant de conduire des ateliers thérapeutiques en rénovant le quatrième logement.
- Adapter un de ces trois logements à l'accompagnement de fin de vie, en aménageant un espace pour la famille.

Si j'attache une grande importance à développer un espace de vie permettant d'améliorer la vie sociale au travers de la mise en oeuvre d'activités, j'attache aussi un très grand intérêt à développer l'accompagnement de fin de vie, dans un espace dédié, car il représente l'aboutissement de notre action : Accompagner le résidant à mourir dans la dignité, avec sa famille et sur son lieu de vie. Je m'attacherai à développer avec toute l'équipe cet accompagnement, qui sera individualisé, et mis en oeuvre au cas par cas.

B) Réaménager le parc en espace de vie.

En accord avec la Commission de travaux de la Commune, et avec le Conseil de la Vie Sociale, il a été décidé de permettre à tous les résidants d'accéder à l'extérieur dans de bonnes conditions, en alliant notre obligation de sécurité avec celle d'apporter un bien être à tous les résidants.

Concernant la sécurisation du parc, il est retenu de mettre en place une barrière et un portillon à fermeture automatique, avec un système de sas. Les ouvertures se feront par digicode ou télécommande, ou bien par une sonnette d'appel. Ce système permet de laisser les résidants autonomes sortir sur la voie publique, mais empêche les personnes démentes de sortir, puisqu'elles n'ont plus les facultés nécessaires à composer un code d'accès. Par ailleurs, les allées seront nivelées, bordées de bancs de repos, des arbustes non toxiques seront plantés, en s'inspirant des aménagements que l'on retrouve dans un jardin thérapeutique.

Concevoir le parc comme un lieu de promenade, de déambulation est essentiel, mais aussi insuffisant : Je souhaite qu'il devienne également un outil au service de la

promotion de la vie sociale avec l'extérieur, pour maintenir les résidants en contact avec les agents socialisants. Pour cela j'ai soumis un objectif commun à atteindre aux trois groupes de travail : Organiser la vie dans le parc, que ce soit sur l'hébergement, l'animation ou les soins. Les premiers travaux aboutissent à différentes propositions comme par exemple organiser en décloisonnant les services, un goûter dans le parc lors du carnaval des enfants de l'école, ou bien faire participer les résidants au jardinage d'un potager avec des retraités du village.

3.2.2 Accueillir des résidants dans l'unité Alzheimer de l'EHPAD.

A) Un lieu à aménager pour en faire un espace de vie protégé.

Le projet de dédier 12 lits sur les 28 résidants à l'accueil de personnes âgées démentes n'aurait pu naître sans l'existence d'un patio à ciel ouvert situé au cœur de l'extension du bâtiment. En effet, celui-ci va être transformé en espace de vie fermé. La couverture de celui-ci se fera par une verrière permettant de ne pas assombrir cet espace, autour duquel les personnes pourront vivre, et déambuler.

L'aménagement de cet espace comprendra deux parties. L'une dédiée à la prise des repas et l'autre composée d'un coin salon. L'idée est de concevoir cet espace sur le modèle du CANTOU, où la sensation de domicile doit être recherchée. Des décorations seront apportées, avec des repères sur les portes permettant aux résidants de s'y retrouver. La sensation de bien être y sera recherchée.

B) Organiser les meilleures conditions de vie dans l'unité.

Un projet de service est à concevoir en s'appuyant sur les principes du projet d'établissement, le « prendre soin ». Un accent particulier sera apporté sur la participation, et le respect des droits des résidants dans l'unité, celle-ci n'étant pas un lieu de relégation mais bien un espace de vie.

L'organisation du service sera mise en œuvre avec les trois groupes de travail puis validée par le comité de pilotage. Les objectifs généraux que je fixe sont les suivants :

- S'assurer de la prise en compte des souhaits des usagers.
- Favoriser autant que possible la mixité des résidants avec les autres résidants de l'EHPAD, sur des temps de vie aménagés.
- Favoriser le maintien de l'autonomie en élaborant un projet de soin qui intègre la dimension du prendre soin.

La synthèse de ces travaux permettra de définir le projet de service de l'Unité Alzheimer. Il sera présenté devant le Conseil de la Vie Sociale ainsi que le Conseil

d'Administration du CCAS avant l'ouverture de l'Unité Alzheimer et restera également ouvert pour être amélioré.

3.2.3 Réinscrire l'établissement sur son territoire par le travail en réseau.

A) Par un appui médical avec l'Hôpital local de Magnac-Laval et le CHRS de Limoges.

Les quelques contacts établis avec l'Hôpital local sont dus à notre lien avec le SSIAD qui dépend de ce même Hôpital. Il me semble intéressant de profiter de ce lien pour formaliser nos relations avec son service de médecine. En effet, dans le cadre des hospitalisations de courtes durées de nos résidents en service de médecine, une convention cadre relative aux modalités de coopération entre établissements de santé et ceux hébergeant des personnes âgées, visant à l'instauration de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts en milieu hospitalier des résidents, est en cours de signature: Je souhaite par cet engagement :

D'une part formaliser ce qui se pratique depuis 1999, et veiller à ce que les médecins libéraux adressent à l'Hôpital les résidents avec un minimum d'informations (traitement, dossier médical, motif d'hospitalisation) et s'assurer aussi, coté établissement que nous mettons bien en place des procédures afin d'être mieux organisés lors des départs des résidents (Faire le trousseau, prévenir la famille, donner les médicaments, etc...)

D'autre part, entrer dans le réseau gérontologique par cette convention, aller dans le sens du S.R.O.S qui préconise de « *mettre en lien l'ensemble des acteurs impliqués grâce au projet de réseau gérontologique de proximité* ».

Par ailleurs, alors que rien n'est prévu à ce jour pour suivre les personnes touchées par des démences, je souhaite rapprocher l'établissement, par le biais d'une convention avec le service du « Pôle du Sujet Agé » du Centre Hospitalier Psychiatrique d'Esquirol de Limoges, afin que les résidents dont l'état médical le nécessite puissent être pris en charge et avoir accès aux bilans, consultations mémoires, et si nécessaire à de courtes hospitalisations. Cela permettra:

- De garantir une prise en charge ciblée de qualité pour l'usager, en évitant le passage systématique par les urgences du CHRU.
- De garantir une prise en charge rapide, ce qui est un gage d'efficacité pour des résidents en période de crise d'agitation aigue.

B) Une entrée dans le C.L.I.C nord de la Haute Vienne.

Je siège au Conseil d'Administration du C.L.I.C nord 87 depuis 2006. Cet engagement bénévole me permet de tisser des liens professionnels comme représentant de la Résidence du Cèdre et de participer à la coopération des acteurs de terrain par le biais de réunions, comme par exemple la participation à l'élaboration du SROS troisième génération.

Un des intérêts pour l'établissement est de pouvoir améliorer notre politique d'accueil, en travaillant en amont des demandes d'admissions, avant que la rupture du domicile ne survienne. Il ne s'agit pas dans cette démarche de prôner l'entrée en établissement au détriment du maintien au domicile, il s'agit simplement d'anticiper la crise qui survient par une altération de l'état de la personne, et d'éviter ainsi des demandes d'admission en urgence.

C) D'autres pistes de coopération sont encore à développer :

-Avec tout d'abord le réseau Alzheimer qui se met en place sous l'égide d'ALOIS¹⁰⁷, de l'URCAM du Limousin et de l'A.R.H, ainsi qu'avec l'Association France Alzheimer.

Avec l'infirmière du secteur psychiatrique du CHRS d'Esquirol qui permettrait, au sein de l'établissement, d'assurer des missions de suivi de l'état de santé des résidents, tout en donnant des conseils à l'équipe de l'établissement avec la collaboration de notre médecin coordonnateur.

Avec le réseau LINUT¹⁰⁸ pour favoriser un suivi nutritionnel de nos résidents et améliorer la qualité des menus, ce qui permettrait de faciliter et de promouvoir la création d'une commission des menus en interne.

Avec l'Unité Mobile Gériatrique du CHRU de Limoges et l'Hospitalisation à Domicile qui se met en place à l'hôpital local de Magnac-Laval : Un appui qui permettra de mener des projets de fin de vie dans l'établissement.

Par la création d'un « réseau économique » en recherchant des synergies avec les autres EHPAD du département et région limitrophe du sud de l'Indre, ou du nord-ouest de la Creuse pour développer une centrale d'achat sous forme d'un Groupement d'Intérêt Economique. A ce titre, une instruction ministérielle du 3 août 2007 de la DGAS a pour objet d'appeler l'attention sur les outils mis en place dans le cadre du CASF¹⁰⁹ pour la

¹⁰⁷ A.L.O.I.S : Association Limousine d'observation et d'Information sur les Soins Alzheimer et maladies apparentées.

¹⁰⁸ LINUT : Limousin Nutrition.

¹⁰⁹ C.A.S.F : Code de l'Action Sociale et des Familles.

mise en œuvre des groupements de coopération dans le champ social et médico-social.¹¹⁰

Voyons à présent les points sur lesquels je devrai porter une attention particulière pour mener à bien ce projet.

3.3 Des points de vigilance pour la réussite du projet : Constituer et former une équipe, évaluer la prise en charge et mettre en œuvre les moyens financiers.

Pour un établissement de 28 lits, de taille modeste, je suis conscient qu'il faut être particulièrement vigilant à trouver et pérenniser un nouvel équilibre institutionnel. Pour cela, mon attention se porte prioritairement sur trois axes ; le personnel, l'évaluation de la prestation, ainsi que la viabilité financière du projet.

3.3.1 Le personnel, clé de voûte du projet.

Impossible d'entreprendre un projet sans être très attentif à son équipe, à fortiori lorsqu'elle est petite, où les tensions sont tout de suite perçues. Afin d'éviter un blocage de celle-ci, et d'éviter un clivage entre les professionnels, je propose de réunir l'équipe autour du nouveau logiciel informatique et de mettre en avant leur formation. Puis, je devrai traiter de la question du recrutement ainsi que de la nouvelle organisation interne du personnel.

A) Mobiliser l'équipe grâce à l'outil informatique et instaurer des temps de parole.

Ayant à cœur de ne pas surcharger l'équipe par des tâches administratives au détriment du temps passé au contact des résidents, j'ai fait le choix d'adopter l'outil informatique afin que nos transmissions et notre système d'information se modernisent et nous permettent d'avoir une traçabilité des actes effectués dans l'établissement.

Le logiciel informatique que j'ai retenu, et qui devra être installé en novembre 2007, permet de saisir les données selon leur nature et pourront être consultées selon le niveau d'accès de chacun, qui sera déterminé lors de sa mise en place. Ce dernier regroupe sur le volet soin : Le Plan de Soins Infirmier, le dossier médical, les traitements médicamenteux, la gestion des rendez-vous en consultation externe. Sur la prise en charge de la dépendance, les soignants pourront y consulter les fiches individuelles de prise en charge, qui intègrent les heures des soins de confort, tel que le lever ou bien la

¹¹⁰ Instruction ministérielle n°DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

périodicité de certains soins courants, ainsi que le suivi de données tel que le poids, ou l'état cutané des résidents.

Egalement, je tiens à organiser quotidiennement des transmissions, selon un schéma classique, entre les équipes du matin, la relève de l'après-midi, puis celle du soir. Ces moments sont fondamentaux puisqu'ils permettent de faire circuler l'information. Ce sont des moments courts, de dix à quinze minutes où tout doit se dire et qui permettront d'orienter les actions à entreprendre pour nos résidents.

Je prévois de continuer la réunion d'équipe mensuelle au complet, que j'ai initiée dès mon arrivée. Celle-ci se déroule à 14 heures dans la continuité des transmissions de l'équipe en poste, dure en général une heure. Son contenu est assez généraliste et va traiter des problématiques que je gère d'un mois sur l'autre: Par exemple les plannings et les dates de congés, ou la préparation des gros événements. Des thèmes spécifiques comme la remise à jour du plan canicule, des exercices d'évacuation et de maniement des extincteurs sont aussi programmés. Seul moment où toute l'équipe se retrouve au complet, je tiens systématiquement à y assurer un climat convivial et préserver ce moment pour apporter un regard positif sur le travail effectué.

J'organiserai aussi des réunions techniques, selon les besoins, pour chaque catégorie de personnel afin que les thèmes spécifiques qui relèvent du champ de compétences des uns et des autres puissent être traités, comme par exemple une réunion entre infirmières concernant l'organisation relative à la distribution des médicaments.

B) Poursuivre le plan de formation pour valoriser l'équipe.

L'annexe 1 du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévoit dans son préambule de définir « *les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de la formation du personnel d'accueil* »¹¹¹

Lors de l'élaboration de mon budget prévisionnel de 2005, j'ai décidé d'établir un premier plan de formation, constatant que le personnel n'en avait jamais reçu aucune depuis l'ouverture de 1999, autrement que par quelques conseils donnés par les aides-soignantes du SSIAD, ou bien par le fournisseur des produits de nettoyage de l'établissement, concernant les normes HACCP¹¹² pour l'hygiène alimentaire. Les thèmes

¹¹¹ Extrait de l'annexe 1 du cahier des charges de la convention pluriannuelle, op cit.

¹¹² H.A.C.C.P : Hazard Analysis an Critical Control Point.

retenus prioritairement concernent l'hygiène en cuisine, la sécurité incendie, et le secourisme aux personnes âgées.

Puis, j'ai engagé tout le personnel à suivre une formation de trois jours sur la démence de la personne âgée. Il s'avère que cette démarche s'inscrit dans le projet qui allait prendre forme peu après.

En 2005, suite à la parution d'un arrêté¹¹³ relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis et de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant, j'ai présenté le dispositif de la VAE¹¹⁴ à l'ensemble de l'équipe des agents de service. Trois personnes seront inscrites dans le dispositif, soutenues par un accompagnement du DAVA¹¹⁵ pour la rédaction des livrets et la préparation de l'oral.

Par ailleurs, afin d'éviter un clivage de l'équipe entre soignants et non soignants, j'envisage de faire suivre des formations communes à toute l'équipe. Je pars du principe que l'animation est l'affaire de tous, persuadé que chacun peut mener une animation quotidienne, qu'elle soit à vocation thérapeutique ou occupationnelle. Si le plan de formation à définir pour les cinq années à venir n'est pas arrêté à ce jour, celui-ci s'orientera vers l'animation, et vers la conduite d'ateliers thérapeutiques.

Des actions de formation en immersion dans d'autres services d'établissements hospitaliers ou médico-sociaux seront prévues. Cela permettra d'importer des savoir faire professionnels qui devront être maîtrisés pour l'ouverture de l'Unité Alzheimer, et qui permettront également de favoriser les échanges interprofessionnels.

Concernant les soignants qui seront recrutés dans le cadre du conventionnement EHPAD, en l'occurrence deux infirmières et trois aides soignantes, une priorité à la conduite d'ateliers thérapeutiques leur sera donnée, pour qu'ils acquièrent rapidement cette approche non médicamenteuse indispensable à la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Enfin, un temps quotidien de formation à l'outil informatique est prévu pour tous les agents, de novembre à décembre 2007, afin que toute l'équipe soit opérationnelle au premier janvier 2008. Je serai le tuteur de chacun des agents, afin de veiller à la bonne utilisation et à la maîtrise individuelle de l'outil. Cela me permettra, avant de basculer sur le logiciel informatique, de régler les premières difficultés rencontrées par le personnel et d'affiner la configuration du logiciel.

¹¹³ Arrêté du 25 janvier 2005, relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis et de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant.

¹¹⁴ VAE : Validation des Acquis et de l'Expérience.

¹¹⁵ DAVA : Dispositif d'Accompagnement à la Validation des Acquis.

C) Assurer le recrutement des soignants et réorganiser l'équipe.

« Selon le dernier rapport du centre d'analyse stratégique et de la direction de l'animation de la recherche et des statistiques parues en janvier, le domaine de la santé et de l'action sociale constituera d'ici à 2015 l'un des principaux viviers d'emplois en France. Les professionnels les plus recherchés seront les aides à domicile ainsi que les aides-soignants, des aides médicaux psychologiques pour le seul métier du grand âge 354 500 postes seront à pourvoir dans les 10 ans [...] Plus de 350 000 postes d'aides-soignants seront à pourvoir dans les 10 ans à venir mais seule une minorité de jeunes se disent intéressées par ces métiers »¹¹⁶ La lecture de cet article m'a rappelé qu'une des difficultés majeures dans ce projet est liée au recrutement du personnel de soins, qui plus est en milieu rural. Malgré mes nombreux appels aux directeurs des écoles d'infirmières et aides soignantes, mes demandes au service recrutement du Centre de Gestion des agents des collectivités territoriales de la Haute-vienne, force est de constater que la pénurie existe, que les jeunes diplômés préfèrent la ville, et qu'ils ne choisissent pas la gériatrie.

Une recherche très fouillée sur le bassin de vie de St-Sulpice-les-Feuilles, accompagnée d'un article dans la presse locale concernant la médicalisation de l'établissement et l'ouverture de l'Unité Alzheimer me permettront de résoudre ce problème de recrutement. En « débauchant » une infirmière souhaitant quitter le service de médecine de l'Hôpital bcal de Magnac- Laval, ainsi qu'une autre travaillant dans le Sud du département de l'Indre désireuse de s'investir auprès des personnes malades Alzheimer. Il en est de même pour les aides-soignantes, l'une souhaitant quitter l'association cantonale d'aide à domicile, et l'autre reprendre son activité après avoir élevé ses enfants. Les procédures de mutation et de recrutement seront lancées en octobre 2007.

Concernant le poste de médecin coordonnateur, la dotation allouée est de 0,14 ETP, soit environ 5 heures hebdomadaires. Cela correspond au souhait d'un médecin, jeune retraité, actuellement élu du CCAS, et maire adjoint, qui souhaite conserver une activité au sein de la maison de retraite, à défaut de renouveler son mandat d'élus aux prochaines élections municipales de 2008. Si ce temps de présence peut sembler insuffisant, notamment la première année au regard des chantiers qui attendent l'équipe soignante, il permettra néanmoins d'organiser deux passages hebdomadaires de 2h 30

¹¹⁶ LAMPERT S., LE GALL S., Métiers du grand âge révisez vos préjugés, *La gazette santé social*, N°28 mars 2007, p 20-21.

dédiés en priorité aux admissions, à la coordination avec les médecins libéraux et à former en interne le personnel sur la gériatrie.

L'arrivée en interne de deux infirmières et de trois aides soignantes, ainsi que les heures de vacation du médecin coordonnateur, me permet de présenter l'organigramme de l'équipe de la Résidence du Cèdre sous la forme suivante :



Avec ces moyens en personnel nous arrivons à un taux d'encadrement tout personnel confondu de 0.52 salarié par résidant et qui permet de répondre aux besoins de prise en charge de nos usagers. En journée, la présence simultanée de deux agents est garantie, et il est convenu que l'infirmière intervienne sur des plages horaires en coupé.

Afin de donner un cadre de travail au personnel, j'ai entrepris de rédiger des fiches de poste pour les infirmières et pour les aides soignantes. Celles-ci pourront être toutefois étoffées au regard de nouveaux besoins des usagers, en tenant compte de l'avis du médecin coordonnateur. Je les ai présentées aux futurs personnels lors des entretiens d'embauche, afin que leurs missions à remplir soient bien connues et avant tout engagement contractuel. Celle-ci sont portées en **annexe 5** et **6**.

Regardons à présent comment j'envisage d'évaluer la qualité du service proposée par cette nouvelle équipe.

3.3.2 Mettre en œuvre l'évaluation avec des outils pertinents.

L'évaluation de la qualité du service est rendue obligatoire par l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite. Cette culture de l'évaluation est une avancée, mais pas une nouveauté pour la MAPA. Certes, la boîte à suggestions apposée au mur semble d'un autre temps, mais elle témoigne tout de même d'une volonté d'avoir voulu recueillir les réclamations des résidants. Certes, mes poignées de main quotidiennes à tous les résidants ainsi qu'au personnel s'apparentent au savoir vivre alors qu'il s'agit aussi d'évaluer le bien être de chacun, de prendre le pouls de l'institution.

Je souhaite d'abord introduire cette culture de l'évaluation par le choix d'outils accessibles à tous, pour qu'ils puissent être utilisés par le personnel. Le meilleur moyen pour impliquer les acteurs me semble être celui de formaliser une enquête de satisfaction avec l'aval du Conseil de la Vie Sociale, en reprenant les thèmes concernant : L'environnement, la prestation hôtelière, le personnel, l'accueil et l'animation, l'accompagnement à la vie. Donner aux résidants et aux familles l'opportunité de porter un regard critique sur la prestation permettra de mieux recenser les insatisfactions. Une synthèse de cette enquête sera communiquée aux résidants et lors du Conseil de la Vie Sociale.

Ensuite, former une partie de l'équipe à l'utilisation du référentiel ANGELIQUE dans le cadre du plan de formation 2008. La connaissance de ce référentiel permettra de relever ensemble les points forts et les points faibles, de faire le point sur ce qui a été réalisé ou non, et de poursuivre de nouveaux objectifs. Ceux fixés dans le cadre de la demande de conventionnement de l'établissement découlent de l'évaluation de 2005. Ils sont : Formaliser le projet d'établissement, le projet de soins, le projet d'animation, ce qui est déjà engagé comme nous l'avons vu précédemment.

Il me semble important de ne pas attendre 5 nouvelles années pour refaire cette évaluation interne au moyen du référentiel ANGELIQUE, même si la loi nous demande de réaliser celle-ci tous les 5 ans. L'engagement de l'établissement vers l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers me conduira, après une première année de rodage, de conduire une nouvelle évaluation interne dès 2009.

Egalement, le choix d'outils pour évaluer l'état de santé des résidants devra être fait par l'équipe soignante sous l'égide du médecin coordonnateur. Il pourra être par exemple, le « Résident Assesment Instrument » (le RAI), qui permet d'évaluer le projet thérapeutique.

Portons à présent notre attention sur les moyens financiers à mettre en œuvre pour réussir ce projet.

3.3.3 La mise en œuvre de moyens financiers.

Ce projet d'adapter l'établissement aux nouveaux besoins des usagers passe par la réalisation de travaux sur une base estimée à 369 000€ par l'économiste du bureau d'étude. La charge financière, au travers du remboursement des annuités d'emprunt, affectera exclusivement la partie hébergement du prix de journée. Afin d'éviter que ce dernier n'augmente de façon inconsidérée, j'ai entrepris de rechercher des subventions pour réduire le montant des travaux à financer. Mes premières démarches ont abouties à ramener la charge à financer par le prix de journée à 116 336€. Les informations essentielles du plan de financement sont synthétisées et portées en **annexe 7**.

La commune est très endettée, et la question d'intégrer une nouvelle dette en période préélectorale avec les élections municipales de 2008 constitue un réel frein au projet. Actuellement, je négocie avec la Trésorerie Générale pour que la maison de retraite puisse avoir son budget autonome, non rattaché au CCAS.

Egalement, je tiens à ce que les incidences sur le prix de journée soient supportables par les usagers et les familles, celui-ci devant se situer dans la norme pratiquée sur le département (43 € en moyenne pour l'hébergement). Je n'oublie pas que les retraites agricoles sont faibles et que mon projet de prendre soin de l'usager ne peut avoir de sens, que si les usagers peuvent assumer le coût d'une prestation, malgré les différentes aides dont ils peuvent bénéficier. (Allocation logement pour l'hébergement)

Une projection à 5 ans des prix de journées, portée en **annexe 7**, me permet de contenir ce dernier, et l'autorité de tarification à qui je l'ai soumis, en a validé les perspectives.

Un autre point à souligner, concerne les modes de calcul des dotations en nouveaux moyens financiers sur la section dépendance et soins qui seront effectifs dans le cadre du conventionnement tripartite.

L'établissement devra intégrer le régime de dotation globale dépendance, sur les bases des plans d'aide qui sont versés actuellement par le Conseil Général de la Haute-Vienne aux résidents bénéficiaires de l'APA. L'évaluation du niveau de dépendance (avec le logiciel Galaad) qui utilise le modèle de la grille AGGIR, devra être validé annuellement par la Commission médicale de validation du GMP, composée d'un médecin du Conseil Général, d'un médecin Inspecteur de Santé Publique de la DDASS et

d'un médecin conseil de l'assurance maladie. Suite à la dégradation de l'état de santé de quelques résidents durant l'été 2007, j'ai sollicité que cette commission revalide notre nouveau GMP, avant d'entamer l'élaboration du budget prévisionnel pour l'exercice 2008. Celle-ci a validé notre GMP à 532 au 3 septembre 2007.

La dotation en financement de la section soins autorisera la résidence, du fait de sa capacité nouvelle de 28 places, à obtenir une dotation supplémentaire par le calcul de l'écart, autorisé à 0.58% entre la dotation globale de financement soins et le calcul de la dotation minimale de convergence. (DOMINIC) Ce calcul est porté en **annexe 7** et calculé au moyen du logiciel Tarifehpad.

Conclusion troisième partie

Prendre soin de l'usager, est une dimension à intégrer dans la globalité du projet. C'est pourquoi je me suis attaché à le construire en intégrant la demande des résidents, en les associant à l'élaboration et à la validation de ceux-ci. Leur redonner les conditions d'exercer leur citoyenneté, par une participation aux différents groupes de travail et au Conseil de la Vie Sociale. Une citoyenneté remise en avant par l'accès au réseau, qui, s'il permet d'avoir accès à des services externes qui améliorent leur prise en charge, garantie de respecter de leur choix de vieillir sur leur territoire.

Un nouvel environnement, rénové, agrandi, protecteur et adapté, ainsi qu'une équipe mobilisée dont les missions s'élargissent aujourd'hui à l'approche globale du prendre soin contribueront à la réussite de ce projet, pour lequel la viabilité financière est assurée grâce aux nouveaux moyens alloués.

Conclusion

Nous avons vu que la Résidence du Cèdre devait nourrir de nouvelles ambitions pour satisfaire à l'évolution des nouveaux besoins de nos usagers, nécessitant aujourd'hui une nouvelle approche, plus globalisante, et axée sur le « prendre soin ».

Je crois sincèrement que la quête du bien être pour nos anciens ne peut se réaliser que si ces derniers sont remis en situation d'acteurs, mais également en intégrant dans toutes les pratiques professionnelles la dimension du « prendre soin ». Sans ces fondements, aucun projet n'aurait de sens, ne pourrait accompagner nos aînés par la bientraitance, pour cheminer vers la fin de vie.

N'est ce pas ici que le directeur trouve sa vraie légitimité, en garantissant la participation de l'utilisateur et en conduisant les professionnels à prendre soin de ces derniers ? Conduire un projet ne doit en rien enlever de la participation de ces deux acteurs, au contraire. Tout l'enjeu pour lui est de conduire ces derniers à s'interroger et concevoir avec eux un mode de prise en charge résolument bientraitant.

Ce projet, de transformer une MAPA en EHPAD avec Unité Alzheimer, je le conduirai jusqu'au bout, en veillant à rester fidèle aux bases du projet d'établissement décidé collectivement, à nos valeurs affirmées de « bien vieillir tous ensemble » sur notre territoire.

Si je conduis ce projet en m'appuyant sur le respect de l'utilisateur, en mettant en œuvre sa participation, dans une perspective de « prendre soin », c'est aussi parce que nous sommes les garants, nous les décideurs d'aujourd'hui, de notre propre devenir. Lorsque la vieillesse sera notre lot, à notre tour, pourrons nous accepter d'être nous mêmes relégués, dans une société qui glisse dangereusement vers l'âgisme et l'égoïsme ?

Ce projet de « bien vieillir tous ensemble » sur son territoire, nous mènera je l'espère, usagers et professionnels à s'approcher au plus près de cette pensée de Paul RICOEUR, « *vivre heureux avec et pour les autres dans des institutions justes.* »

BIBLIOGRAPHIE

AGAESSE M, *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*, Paris, Dunod, 2004, 695 p.

AYMOT J-J., MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Dunod, Paris 2007, 242 p.

BELLENGER L, *Etre stratège (éduquer l'esprit de la compétition)*, Paris, ESF éditeur, 1998, 253p.

BORGETTO M, LAFORE R., *Droit de l'aide et de l'action sociale*, 5ème édition, Paris, Montchrestien, 2004, 653 p.

CHARPIN J-M., *Les personnes âgées*, Paris, INSEE références, 2005, 135 p.

CHAMPSAUR P., *La France des régions*, INSEE références, 5em éd, imprimerie nationale, 2005, 231 p.

DELNATTE J.C., HARDY J-P., *La réforme financière des EHPAD depuis l'allocation personnalisée d'autonomie*, Rennes, ENSP, 2002 , 215 p.

DOUDRICH J., DUBOIS B., HAUW J-J., et al, *Le livre vert de la maladie d'Alzheimer, état des lieux et perspectives*, Association France Alzheimer et maladies apparentées, 2006, 70 p.

DREA H., BROCKER P., *Un tabou nommé Alzheimer*, Ellipses, Paris, 2004, 318 p.

ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile*, Dunod, Paris, 2006, 278 p.

GOFFMAN E, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, Paris, 1979.

GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude*, Bibliophane, Paris, 2005, 361p.

GUINCHARD-KUNSTLER P., RENAUD M-T., *Mieux vivre la vieillesse*, édition de l'atelier, 2006, 255 p.

HERVY B., *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, ENSP, Dijon, 2003, 159 p.

HESBEEN W., *La qualité du soin infirmier*, Masson, Paris, 2002, 306 p.

HENRAD J-C., *Les défis du vieillissement*, Paris, La Découverte, 2002, 227 p.

HUGONOT R., *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 2003, 212 p.

LEFEVRE P., *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, Paris, 2003, 405 p.

LOUBAT J-R., *Promouvoir la relation de service*, Paris, Dunod, 2007, 359p.

LHUIILLIER JM., *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, ENSP, Rennes, 2005, 198 p.

PERSONNE M., *Accompagner la maladie d'Alzheimer, les médiations de la réussite*, ed Chronique Sociale, Dijon, 2006, 203 p.

PUIJALON B., TRINCAZ J., *Le droit de vieillir*. Fayard. Paris, 2000, 273 p.

MARCON C., MOINET N., *Développez et activez vos réseaux relationnels*, Paris dunod, 2004, 208 p.

NOIN D., *La France des régions*, Armand Collin, Paris, 2004, 94 p.

RUAUX J-Y., *2030 le papy crash*, Alvik, Paris, 2005, 415 p.

SOURNIA J-C., *Dictionnaire des personnes âgées de la retraite et du vieillissement*, secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées, commission ministérielle de terminologie.

VERCAUTEREN R, BABIN N, *Un projet de vie pour les personnes âgées*, Eres,1998, 154 p.

VILLEZ A., *Adapter les établissements pour personnes âgées*, Dunod, paris, 2005, 391p

Etudes et rapports :

BLANCHARD F., *Alzheimer l'éthique en question*, Guide de recommandations de la DGAS, de France-Alzheimer, de l'Association Francophone des Droits de l'Homme Agé.

I.G.A.S, Rapport annuel 2002, Politiques Sociales de l'Etat et Territoires, Tours, la documentation Française, 2002, 309 p.

O.R.S du limousin, novembre 2001, les inégalités de santé infra-régionales en Limousin, Etude disponible à l'O.R.S, 24 rue Donzelot 87 037 Limoges.

Articles de périodiques :

BEAUDOING Muriel ; Vieillesse comment faire face au tsunami gériatrique, *TESS*, 2005, N°18, p15.

BOUTTAZ M., Liberté et sécurité, le droit au risque. *Les cahiers de la FNADEPA*, Octobre 2006, n°93, p12.

DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, *DRESS, Etude et résultat*, n°494, juin 2006

DEROIN THEVENIN M., les personnes âgées aujourd'hui et demain, *Focal INSEE Limousin*, n°8, 2004.

DELBES C., GAYMU J., SPRINGER S., Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux : Un bilan européen, *Population et Société*, Bulletin mensuel d'information de l'INED, n°419, janvier 2006.

FARGES A -C., Le plan gérontologique au cœur des politiques sociales, *Haute-vienne l'express*, n°10, 2007.

JOUVE S., *CODERPA Informations*, n° 61, décembre 2006.

LAMPERT S., LE GALL S., Métiers du grand âge réviser vos préjugés, *La gazette santé social*, N°28 mars 2007, p20-21.

PIETRALONGA C., Santé les fantastiques progrès qui nous attendent, *Capital*, Juillet 2007, n°190.

PIRAUD-ROUET C., Bienveillance la positive attitude, *Direction*, juin 2007, N°42

TREGOAT J-J., *La lettre des collectivités*, hors série médico-social, mai 2007, p1.

VETEL J.M, vers une architecture gériatrique idéale, *la revue de gériatrie*, décembre 1987, n°12-194.

Ressources électroniques :

ROBERT-BOBEE I, Projection de la population pour la France métropolitaine, INSEE Première, N°1089, Juillet 2006. Disponible sur : [Http://www.insee.fr/fr//ffc/ipweb/ip1089/ip1089.html](http://www.insee.fr/fr//ffc/ipweb/ip1089/ip1089.html) (consulté le 27/09/2006)

ORS du Limousin, la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés, fiche 4.6.1, janvier 2007. Disponible sur : [Http://www.ors-limousin.org](http://www.ors-limousin.org) (consulté le 10/07/2007)

VETEL J.M, Conception architecturale des structures institutionnelles d'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, disponible sur : [Http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC_envoidoc/14](http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC_envoidoc/14) (consulté le 12/08/2007)

PAREAUD M, Les minutes ALOIS, Institut de Gérontologie du Limousin, architecture et Alzheimer, 2^{ème} journée régionale d'information mutuelle, juin 2002, 32p : disponible sur : [Http://www.i-geronto-limousin.fr](http://www.i-geronto-limousin.fr) (consulté en mars 2007)

[Http://www.region-limousin.fr/2027/index.php/2007/06/25/103-la-societe-francaise-de-demain-des-tensions-previsibles](http://www.region-limousin.fr/2027/index.php/2007/06/25/103-la-societe-francaise-de-demain-des-tensions-previsibles). (consulté en juin 2007)

[Http://fr.wikipedia.org/wiki/vieillesse](http://fr.wikipedia.org/wiki/vieillesse).

Références législatives :

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

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

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi numéro 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Arrêté du 25 janvier 2005, relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis et de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant.

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/N°2002/222 du 16/04/02 relative à la mise en oeuvre du programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

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

Circulaire numéro AS5 du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'action prioritaire n°15 : « favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ».

Circulaire n° 34 du 18 septembre 1981 relatif aux emplois de coordination et d'aide ménagère pour les personnes âgées.

Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, article 1.

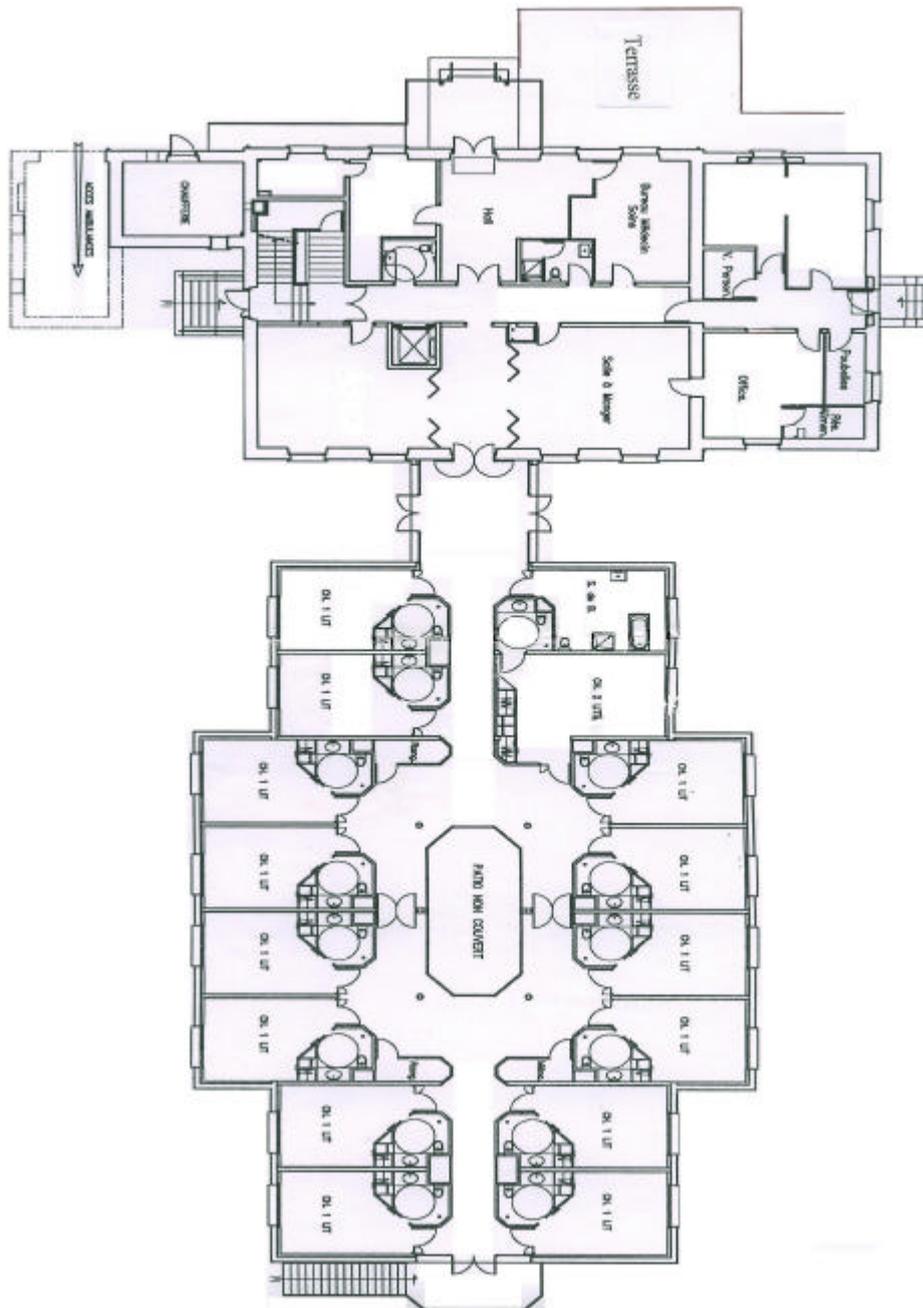
Décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2000 fixant les modalités réglementaires de financement et de tarification des établissements.

Instruction ministérielle n°DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 relative à la mise en oeuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : PLAN DU REZ DE CHAUSSEE DE LA RESIDENCE DU CEDRE.....	P II
ANNEXE 2: CARTOGRAPHIE DES TAUX DE PREVALENCE DES DEMENCES EN FRANCE.	P III
ANNEXE 3 : LA POPULATION DE LA RESIDENCE SUSCEPTIBLE D'ETRE DEMENTE ET DEAMBULANTE.	P IV
ANNEXE 4 : LA PYRAMIDE DE MASLOW.....	P V
ANNEXE 5 : FICHE DE POSTE INFIRMIERE.....	P VI
ANNEXE 6 : FICHE DE POSTE AIDE SOIGNANTE.....	P VII
ANNEXE 7 : MISE EN ŒUVRE DES MOYENS FINANCIERS.....	P VIII

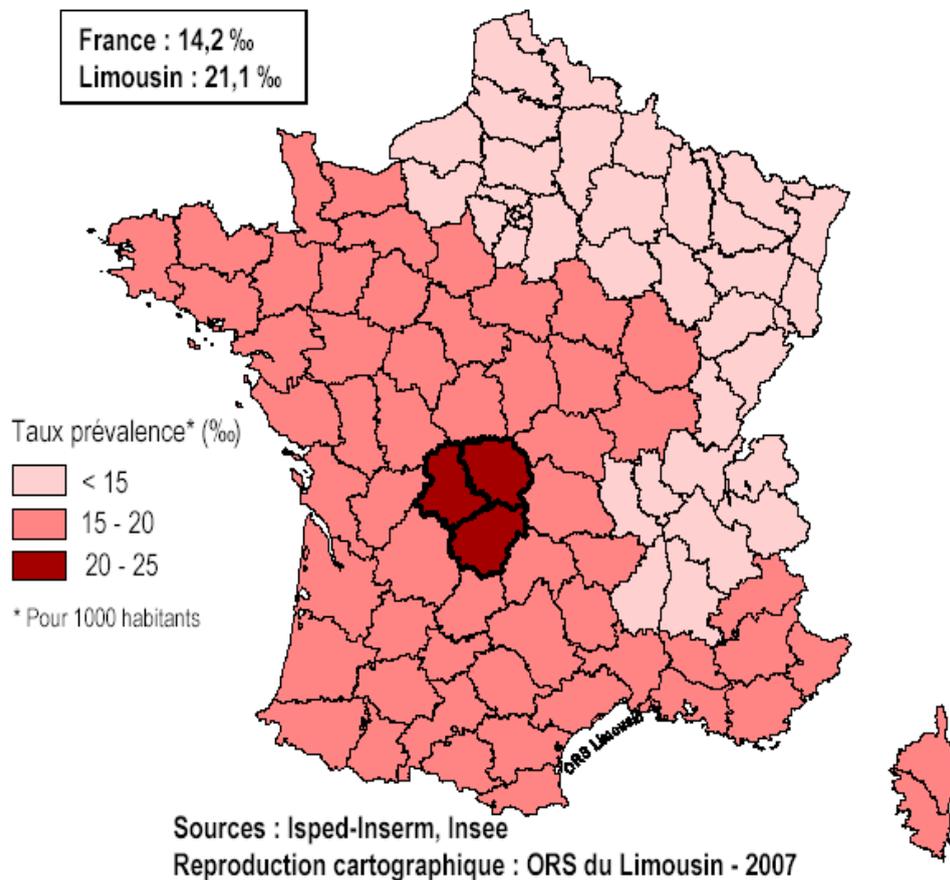
ANNEXE 1 :
PLAN DU REZ DE CHAUSSEE DE LA RESIDENCE DU CEDRE.



ANNEXE 2 :
CARTOGRAPHIE DES TAUX DE PREVALENCE DES
DEMENCES EN FRANCE

**Taux de prévalence* (‰) des démences chez les 65 ans ou plus
en France par département en 2004**

➤ **ORS Limousin - 2007** ◀



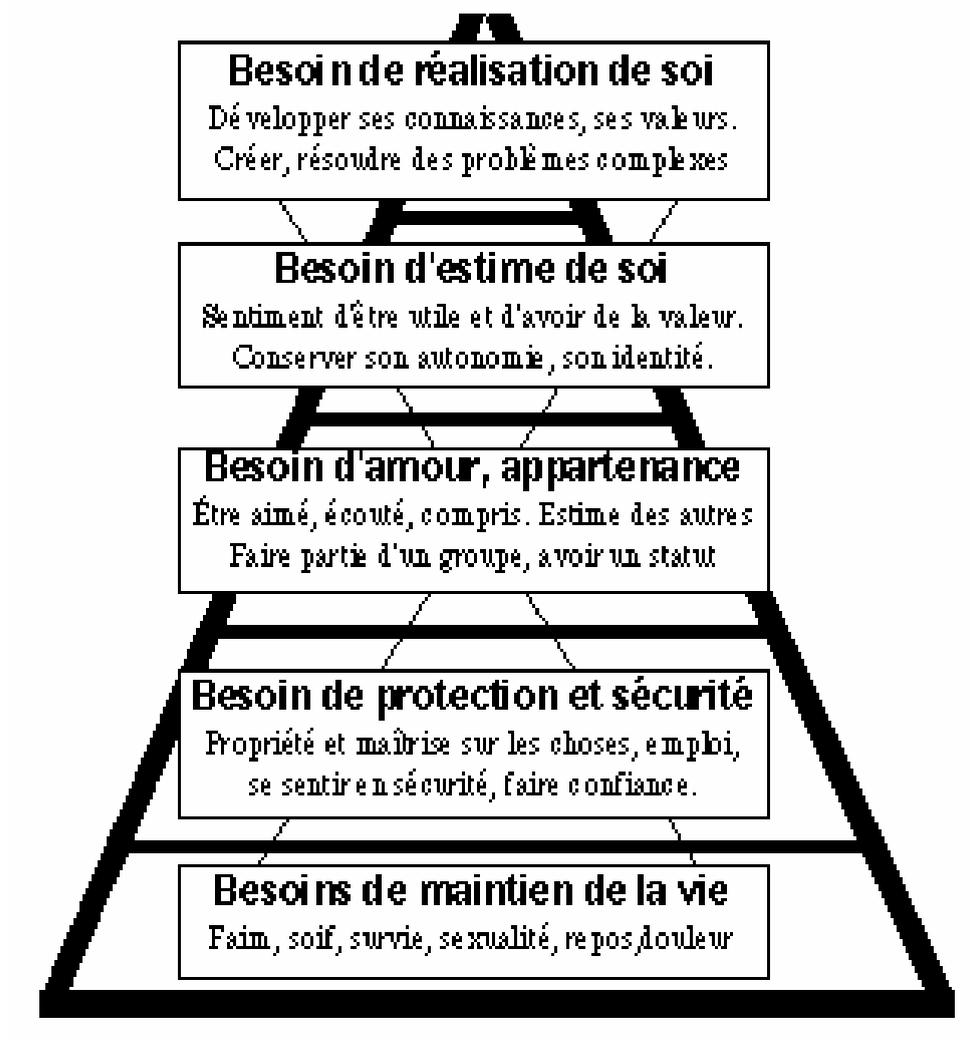
ANNEXE 3

LA POPULATION DE LA RESIDENCE SUSCEPTIBLE D'ETRE DEMENTE ET DEAMBULANTE.¹¹⁷

GALAAD - Bilan standard		AGGIR : autonomie corporelle et mentale			
4- CROISEMENT DE CERTAINES VARIABLES DISCRIMINANTES					
Le croisement de certaines variables discriminantes permet de définir des populations dites particulières imposant une prise en charge souvent lourde ou difficile (soins, surveillance), un même patient pouvant se retrouver dans plusieurs catégories de population particulière.					
Les "déments" Troubles cognitifs sévères			Orientation		
			A	B	C
	Cohérence	A	6	0	0
		B	2	10	3
C		0	1	3	
Susceptibles d'être déments BB BC CB CC : 17 soit 68,00 %					
Les "errants" ou déments déambulants			Déplacement intérieur		
			A	B	C
	Orientation	A	7	1	0
		B	9	2	0
C		3	3	0	
Errants ou susceptibles de l'être BA BB CA CB : 17 soit 68,00 %					
Les "fugueurs" <i>En effectifs dans les tableaux, et en pourcentage de la population</i>			Déplacement extérieur		
			A	B	C
	Orientation	A	4	2	2
		B	3	2	6
C		0	0	6	
Fugueurs ou susceptibles de l'être BA BB CA CB : 5 soit 20,00 %					
Ensemble du fichier au 11/06/2007		3			

¹¹⁷ Source : Logiciel GALAAD de la Résidence du Cèdre, extrait de l'étude de la population au 11/06/2007.

ANNEXE 4
LA PYRAMIDE DE MASLOW¹¹⁸



¹¹⁸ Source : [http://membres.lycos.fr/papidoc/573besoins maslow.html?](http://membres.lycos.fr/papidoc/573besoins%20maslow.html)

ANNEXE 5
FICHE DE POSTE INFIRMIERE

Fiche de Poste

Date de mise à jour : 24/01/2008

Dénomination du Poste : **INFIRMIERE**

Raison d'être :

-Le degré de dépendance et les pathologies des résidents rendent indispensable la présence dans l'établissement de personnels de soins qualifiés.

Liens hiérarchiques et fonctionnels :

- L'IDE accomplit son travail en liaison hiérarchique avec la direction. Elle tient compte des avis et des recommandations du médecin coordonnateur.

Missions :

- surveillance de la santé des résidents : distribution et prise des traitements ; alimentation ; soins relationnels.
- organise et supervise les soins de nursing
- assure des transmissions écrites et orales
- en liaison avec le médecin traitant du résident, effectue les transcriptions médicales, passe les commandes des ordonnances aux pharmacies.
- réceptionne les médicaments de la pharmacie, les range
- prépare les semainiers
- assure les actes techniques : prises de sang ; perfusions ; pansements ; vaccinations anti-grippe ; et tout autre acte technique que permet la loi au regard de la qualification des IDE.
- en liaison avec le médecin coordonnateur établit et actualise le projet de soins.
- encadrement des stagiaires, évaluation et notation
- accueille les nouveaux résidents
- en tant qu'infirmière, elle assure la coordination des pratiques professionnelles au sein du corps des aides-soignantes.
- elle veille et participe au contrôle des accès.
- elle participe à des actions d'animation
- effectue tout autre mission fixée par le directeur dans le respect de son cadre d'emploi.

ANNEXE 6
FICHE DE POSTE AIDE SOIGNANTE

Fiche de Poste

Date de mise à jour : 24/01/2008

Dénomination du Poste : **Aide Soignante**

Raison d'être :

L'état de dépendance de nos résidents demande des soins quotidiens (toilette, habillage, déshabillage, aide aux repas...)

Liens hiérarchiques et fonctionnels :

L'auxiliaire de soins accomplit son travail en liaison hiérarchique avec la direction et les IDE.

Missions :

- dispense les soins de nursing auprès des résidents suivant la répartition établie par les IDE
 - s'assure que l'environnement immédiat du résident dont elle a la charge est propre (réfection du lit, propreté des toilettes, propreté du matériel...)
 - accompagne les personnes les plus dépendantes en salle à manger
 - aide les personnes les plus dépendantes à manger
 - raccompagne les personnes dépendantes en chambre
 - en collaboration avec les agents d'entretien, nettoie la salle à manger des résidents.
 - distribue les boissons chaudes ou froides au moment des goûters.
 - couche les résidents qui en ont besoin
 - participe aux transmissions écrites et orales et propose des actions visant à améliorer la prise en charge du résident.
 - collabore, sous le contrôle des IDE, à la distribution des soins
- Infirmiers .**
- veille et participe au contrôle des accès.
 - participe aux animations et aux ateliers thérapeutiques.
 - effectue tout autre mission fixée par le directeur dans le respect de son cadre d'emploi.

ANNEXE 7
MISE EN ŒUVRE DES MOYENS FINANCIERS

PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL	
TRANSFORMATION EHPAD ET AMENAGEMENT UNITE ALZHEIMER	
Montant des travaux (mise aux normes et rénovation)	340 960,00 €
Mission SPS et Contrôle technique	7 718,41 €
Montant H.T	348 678,41 €
TVA 5,5% (sur travaux)	18 752,80 €
TVA 19,6% (sur mission)	1 512,81 €
Montant TTC	368 944,02 €
CONSEIL GENERAL Subvention 20% TTC	73 789,00 €
CONSEIL GENERAL Subvention Dotation Globale d'Equipeement 20% HT	56 782,00 €
Subvention ETAT Dotation Développement Rural 35 % HT	122 037,00 €
Total subventions	252 608,00 €
<i>Coût réel des travaux</i>	116 336,02 €
<i>Montant emprunté</i>	116 336,02 €

PERSPECTIVES A 5 ANS	2008	2009	2010	2011	2012
GMP	532,50	570,36	624,29	638,93	647,50
Charges Hébergement	398 176,00 €	405 930,00 €	413 663,00 €	421 581,00 €	428 630,00 €
Charges Dépendance	91 850,00 €	97 695,00 €	105 678,00 €	107 662,00 €	109 975,00 €
Charges Soins	174 291,00 €	184 450,00 €	198 765,00 €	201 158,00 €	205 063,00 €
TOTAL CHARGES	664 317,00 €	688 075,00 €	718 106,00 €	730 401,00 €	743 668,00 €
Prix Journée hébergement	41,01 €	41,80 €	42,60 €	43,41 €	44,14 €
Prix Jour Dépendance GIR 1-2	14,91 €	15,54 €	15,55 €	15,84 €	16,18 €
Prix Jour Dépendance GIR 3-4	9,46 €	9,86 €	9,87 €	10,05 €	10,27 €
Prix Jour Dépendance GIR 5-6	4,01 €	4,18 €	4,20 €	4,27 €	4,35 €
Prix jour Soins GIR 1-2	20,98 €	22,40 €	23,60 €	23,91 €	24,38 €
Prix jour Soins GIR 3-4	17,95 €	18,87 €	19,79 €	20,02 €	20,41 €
Prix jour Soins GIR 5-6	14,92 €	15,34 €	15,98 €	16,13 €	16,44 €
DOMINIC + 58%	57,94	57,98	57,91	57,92	57,98
28 x (GMP +120) X 6,04	174 291,00 €	184 450,00 €	198 765,00 €	201 158,00 €	205 063,00 €
ETP / Ratio Encadrement	14,54 / 0,52	15,04 / 0,54	15,54 / 0,56	15,54 / 0,56	15,54 / 0,56

Année budgétaire 2008				
Calcul du prix de journée et de la dotation de soin	hébergement	dépendance	soins	Total
TARIF JOURNALIER "HEBERGEMENT"	41,01			
TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" - POUR LES GIR 1 ET 2		14,91		55,92
TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" - POUR LES GIR 3 ET 4		9,46		50,47
TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" - POUR LES GIR 5 ET 6		4,01		45,03
TARIF JOURNALIER "SOINS" - POUR LES GIR 1 ET 2			20,98	
TARIF JOURNALIER "SOINS" - POUR LES GIR 3 ET 4			17,95	
TARIF JOURNALIER "SOINS" - POUR LES GIR 5 ET 6			14,92	
DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT "SOINS"			174291,30	
CALCUL DE LA DOTATION MINIMALE DE CONVERGENCE (DO-MINI-C)				
Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) = GMP + 120			652,50	
DO-MINI-C = 6,04 x (GMP : 532,5 + 120) x 28 résidents			110350,80	
ECART AVEC DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT			63940,50	
Ecart en %		0,58		