

EHESP

**DIRECTEUR D ETABLISSEMENTS
SANITAIRES ET SOCIAUX ET MEDICO-
SOCIAUX**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2009**

**La création d'une structure d'accueil
de jour pour personnes atteintes de la
maladie d'Alzheimer ou de troubles
apparentés au centre hospitalier de
Verneuil sur Avre**

Valérie Bellec

Remerciements

Je tiens à remercier vivement Monsieur Bizouarn, directeur de l'établissement et maître de stage, qui a soutenu ma démarche d'acquisition d'une honnête culture hospitalière alors que s'ouvre à moi une deuxième carrière professionnelle. Nous avons aussi partagé une vision pragmatique du métier qui m'a été bien utile dans ma tâche de finalisation du projet de création de cette nouvelle structure.

Je remercie également l'équipe professionnelle du centre d'accueil de jour de l'hôpital, qui a montré de grandes qualités d'écoute et fait preuve d'initiative heureuse et pratique dans bien des domaines, relatifs tant au projet de soins du service qu'à l'installation des locaux

Sommaire

Introduction	p 6
1 L ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE ET INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE D ALZHEIMER.	P9
1-1 la prévalence de la maladie au niveau national.....	P9
1-2 la maladie affecte aussi l'entourage aidant du malade.....	P17
1-3 le parcours de soins du malade.....	P19
1-4 le centre d'accueil de jour : ses missions.....	P20
1-5 le centre d'accueil de jour : le cadre juridique	P22
1-6 le projet d'accompagnement individualisé du malade.....	P23
2 L OUVERTURE DU CENTRE D ACCUEIL DE JOUR DE VERNEUIL SUR AVRE : UN PROJET PORTE PAR LA PLANIFICATION HOSPITALIERE ET INSCRIT DANS LA PROGRAMMATION LOCALE DE L OFFRE MEDICO-SOCIALE.....	P27
2-1 la vocation gériatrique du centre hospitalier de Verneuil sur Avre.....	P27
2-2 la réponse à un besoin local de structures médico-sociales dédiées aux personnes désorientées	P33
3 UNE NOUVELLE STRUCTURE DEJA INSCRITE DANS UNE DYNAMIQUE D EVOLUTION POUR S ADAPTER AUX BESOINS.	
3-1 le projet de la structure, tel qu'il a été autorisé et réalisé.....	P41
3-2 les premiers chiffres sur l'activité	P45
3-3 les difficultés des familles.....	P47
3-4 le rôle des associations locales.....	P50
3-5 la nécessaire intégration de la structure dans la filière gériatrique locale.....	P50
3-6 une communication à renouveler en direction des personnes malades et de leurs familles	P52
Conclusion.....	P54
Bibliographie.....	P56

Liste des sigles utilisés

- AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARH : Agence Régionale D'hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CHR : Centres Hospitaliers Régionaux
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- CM : Consultation Mémoire
- CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
- CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CPOM : Contrats d'objectifs et de moyens
- CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
- DDASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
- EPS : Etablissement public de santé
- GIR :Groupe Iso-Ressources
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
- MMSE : Mini Mental Status Examination
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- PRSP : Plan régional de santé publique
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SROS : Schémas régionaux d'organisation sanitaire
- SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UPATHOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
- UTAS : Unité Territoriale d'Action Sociale

Introduction

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative : les neurones dégèrent et meurent.

On associe souvent la maladie d'Alzheimer à la perte de mémoire car ce sont effectivement les neurones localisés dans la région de l'hippocampe, siège de la mémoire, qui sont les premiers atteints. Puis, petit à petit, d'autres zones du cerveau sont touchées et ces altérations provoquent la perte progressive des capacités d'orientation dans le temps et l'espace, de reconnaissance des objets et des personnes, d'utilisation du langage, de raisonnement, de réflexion...

Le premier plan national Alzheimer, publié en octobre 2001 par B.Kouchner, E.Guigou et P.Guinchard-kunstler, a reconnu et présenté la maladie d'Alzheimer en tant que maladie. Puis le second plan national maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007¹ a mis l'accent sur le développement du nombre de places d'accueil des malades et fixé un objectif de 13 000 places supplémentaires d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sur cette période.

Aujourd'hui, l'inscription de la lutte contre la maladie d'Alzheimer comme priorité de l'Union Européenne lui offre un affichage politique fort . C'était l'objet de la conférence européenne réunissant à Paris les 30 et 31 octobre 2008 les ministres de la santé venus présenter leurs expériences dans les domaines de l'amélioration du diagnostic, de la prise en charge médico-sociale, de l'intégration des soins et services, des stratégies médicamenteuses et de la qualité de vie des malades.

La tenue de cette conférence était déjà inscrite dans le plan national Alzheimer 2008-2012, présenté en février 2008, qui repose sur les travaux menés par la Commission présidée par le Professeur de santé publique Joël Ménard.

En effet, la maladie d'Alzheimer constitue un problème majeur de santé publique du fait de son développement : en France, elle pourrait toucher environ 18% des plus de 75 ans, soit 2 millions de personnes en 2040 et les bouleversements sociaux induits nous

¹ Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007. 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches. Septembre 2004, 20p.

amènent à reconsidérer les conditions d'une solidarité nationale effective à l'égard des malades et de leurs proches « aidants ».²

Dans ce nouveau plan national, le développement des créations de places d'accueil de jour est encouragé et même valorisé en tant que priorité : cela constitue l'objet de la première mesure proposée par ce plan.³

Il s'agit d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des proches « aidants », en garantissant l'accessibilité à ces structures.

Afin de garantir le plus longtemps possible un libre choix entre domicile et institutionnalisation, il est nécessaire de proposer aux proches « aidants » des solutions souples, proches de leurs besoins, pour des temps de répit qui sont aussi des temps de soins et d'évaluation pour la personne malade et son entourage. C'est ainsi que l'on peut prévenir les situations de crise qui débouchent souvent sur une institutionnalisation définitive. L'objectif est donc triple : il s'agit d'assurer une prise en charge de qualité pour la personne atteinte, tout en garantissant un temps de répit pour l'aidant, adapté à ses attentes, et en permettant le recours à ces structures par des mesures financières appropriées.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le Priac 2008-2012 (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) de la région Haute-Normandie. Ce programme s'appuie notamment sur le schéma gérontologique du département de l'Eure et prévoit la création de 30 places d'accueil de jour, par an, sur la période, sur le département de l'Eure.

Les données démographiques de la région, tirées des résultats du recensement de 1999 de l'INSEE, font apparaître ⁴ une population nettement vieillissante sur le pays d'Avre et Iton : les personnes de plus de 60 ans représentent 22,6 % dans le pays, soit plus qu'aux plans régional (19,5 %) et national (21,3 %). Ainsi, le secteur du pays d'Avre et Iton a fait l'objet d'attentions particulières de la DRASS (direction régionale des affaires sanitaires et sociales).

² E. Hirsch, C. Ollivet. Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer. P 17 préface R. Bachelot-Narquin

³ ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. 44 mesures. 1^{ER} février 2008, 84 p.

⁴ Hauts de Normandie. Indicateurs sanitaires et sociaux, portrait par pays, pays d'Avre et d'Iton, septembre 2006, 18p.

C'est dans ce contexte que l'hôpital de Verneuil sur Avre, représenté par son directeur, a signé le 20 juillet 2007 une convention tripartite pluriannuelle avec le département de l'Eure, représenté par le Président du Conseil Général, et l'Etat, représenté par le Préfet et les services de la DDASS (direction des affaires sanitaires et sociales). La convention valide les conclusions de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement qui a étudié, notamment, au cours de l'année 2006, la faisabilité du projet d'ouverture de structures dédiées aux personnes affectées par une détérioration intellectuelle, qui représentent 50 % de la population accueillie dans les structures de long séjour de l'hôpital : soit une structure fermée d'hébergement et un centre d'accueil de jour.

Ce projet a mûri : le permis de construire du nouvel hôpital, intégrant une unité d'hébergement de 27 malades souffrant de la maladie d'Alzheimer a été déposé en février 2009 et le centre de jour pouvant accueillir jusqu'à 12 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés a ouvert ses portes le 27 mars 2009.

En stage au sein du Centre hospitalier de Verneuil sur Avre, du 1^{er} septembre 2008 au 30 juin 2009, il m'a été confié le suivi de la finalisation du projet du centre d'accueil de jour et de la phase de démarrage de l'activité de la nouvelle structure.

Cette phase apparaît d'autant plus sensible que les structures similaires dans le département de l'Eure peinent à attirer les malades et leurs proches « aidants ». En effet, ces structures similaires présentent un taux de fréquentation de 65 %, ce qui est plutôt faible. Il convient donc d'identifier le plus tôt possible les freins au bon développement de l'activité de la structure. Certes, cette démarche d'analyse est celle du directeur, gestionnaire, responsable de l'équilibre des budgets devant le Conseil d'administration de son établissement, devant les responsables des tutelles, Conseil Général et services de la DDASS. Mais cette démarche reflète avant tout le souci du directeur de voir cette nouvelle structure pérennisée remplir au mieux sa fonction, c'est à dire offrir un service médico-social de proximité apprécié de la population locale.

En fait, il m'a semblé paradoxal, de constater que ce type de structure était toujours préconisé par les institutions et administrations tutélaires, alors que les structures déjà existantes sur la région sont en vérité relativement peu fréquentées.

Le cahier des charges que doivent respecter les accueils de jour figure en annexe v dans la circulaire du 30 mars 2005⁵ : divers éléments sont précisés quant à la définition des missions, les objectifs de l'activité, les principes de fonctionnement, les moyens consacrés et la place de l'accueil de jour dans la filière de soins. Le projet s'inscrivant tout naturellement dans ce cadre réglementaire, ma contribution à la finalisation du projet a donc consisté en l'examen des modes d'organisation et de fonctionnement de la structure afin de valider un modèle de structure réglementaire et adapté aux moyens logistiques, financiers, humains que l'établissement a pu mettre en œuvre.

Ensuite, j'ai suivi pendant la phase de démarrage, l'activité et le fonctionnement de la structure et je me suis intéressée tout particulièrement aux dispositions pouvant être adoptées afin d'encourager les personnes « aidantes » à confier leurs proches à l'équipe professionnelle animant le centre d'accueil de jour.

Ma démarche d'étude a reposé sur la lecture d'ouvrages spécialisés traitant de la prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, sur la consultation de divers sites informatiques ouverts par des associations ou des partenaires institutionnels.

De plus, mes rencontres avec les principaux partenaires institutionnels et associatifs m'ont apporté des informations éclairantes dans le cadre de l'exercice- qu'ils ont tous accepté de bonne grâce- de l'entretien directif d'une durée moyenne d'une heure.

J'ai également rencontré des équipes professionnelles et des directeurs d'accueils de jour à l'occasion de visites d'une journée dans leur centre respectif. J'ai visité exactement 5 centres : chacun proposant 12 places d'accueil, 4 centres s'appuient sur un hôpital public et 1 sur un établissement associatif. J'ai pu ainsi, sur la durée d'une journée observer les équipes professionnelles, suivre les différents ateliers auprès des malades et même partager avec eux le déjeuner qui est un temps fort de la prise en charge. Lors de ces visites, j'ai pu échanger librement avec les accompagnatrices, les malades et leurs familles : si j'ai glissé dans les conversations certaines questions préparées sur le fonctionnement du service, j'ai surtout privilégié l'écoute afin de faire émerger leur ressenti face à la maladie et leurs attentes.

⁵ ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 MARS 2005 relative à l'application du plan Alzheimer 2004-2007.

Les entretiens avec les directeurs qui se sont déroulés en fin de la journée, à la fermeture du centre, ont porté essentiellement sur leurs difficultés de gestion au quotidien et surtout sur le manque de visibilité sur le devenir de ce type de structures ; les centres que j'ai visités ayant tous moins de 5 ans d'existence.

J'ai aussi participé aux réunions du personnel en charge du centre d'accueil de jour de Verneuil sur Avre : c'est la directrice des soins qui a mené les projets de service et de soins, auxquels ont collaboré très étroitement le cadre de santé, responsable du service, mais aussi l'infirmière coordonnatrice et les accompagnatrices recrutées suffisamment tôt pour pouvoir s'impliquer dans la finalisation du projet. Lors de ces réunions, je présentais mes propres travaux sur différents points d'organisation et de fonctionnement et je représentais le directeur, porteur du projet.

J'ai également assisté avec le directeur des moyens logistiques de l'établissement porteur du projet architectural aux nombreuses réunions de chantier de rénovation du pavillon devant abriter le centre d'accueil.

Tout au long de ces travaux de finalisation du projet, je restais attentive au respect du cadre légal et réglementaire (suivant les cours en master de droit des établissements sanitaires et sociaux à l'université de Paris-Assas en parallèle de ma formation à l'EHESP) et j'ai proposé un règlement intérieur et un contrat d'accueil adaptés au nouveau service.

Je dois préciser, dans la présentation de ma méthode de travail, que je n'ai pas procédé à la diffusion de questionnaires. Si dans un premier temps, j'ai eu effectivement l'idée d'adresser des questionnaires aux médecins généralistes du secteur et aux familles de malades, j'ai très vite abandonné l'idée, dissuadée par les résultats guère probants d'un précédent envoi de questionnaires par mail sur un autre problème de santé publique, l'obésité des enfants, à l'occasion de l'ouverture d'une consultation spécialisée dans l'établissement.

Alors l'idée de la tenue de réunions publiques a émergé : ces réunions étaient ouvertes à tous pour proposer des informations générales et aussi recueillir, dans le cadre d'échanges avec la salle ou en aparté avec un des animateurs, des interrogations sur des préoccupations concrètes des participants. Les médecins et associations de malades ont été conviés à ces réunions sur invitation personnelle. L'ensemble du personnel du centre d'accueil et moi-même avons tenu 5 réunions publiques, mais c'est surtout à l'occasion des deux journées « portes ouvertes » que nous avons pu vraiment rencontrer le public visé.

1 L'ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE ET INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE D ALZHEIMER

1-1 La prévalence de la maladie au niveau national

1-1-1 Les caractéristiques médicales de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative qui mène la personne adulte vers un retour à l'immatunité neurologique et va progressivement entraîner la perte de son autonomie.

Si le terme de maladie d'Alzheimer est communément utilisé pour évoquer différentes maladies avec les mêmes troubles constatés du comportement, il ressort néanmoins que la maladie d'Alzheimer et les différentes maladies apparentées ont chacune leurs particularités. La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des maladies neuro-dégénératives et serait en cause dans 70 %⁶ des troubles chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Les maladies dites apparentées à la maladie d'Alzheimer sont précisément :

- La démence vasculaire provoquée par des accidents vasculaires cérébraux
- La démence mixte associant maladie d'Alzheimer et lésions dues à un accident vasculaire cérébral
- Les dégénérescences fronto-temporales, dont la maladie de Pick
- Les atrophies du lobe temporal à expression verbale, dont la démence sémantique caractérisé par la perte du sens des mots et des objets
- La maladie à corps de Lewy caractérisée par des hallucinations et une grande fluctuation des performances intellectuelles.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées concernent le champ médical de la neurologie et appartiennent à une entité médicale appelée démence. Ce dernier terme

indique une maladie qui présente plusieurs caractéristiques, une perte de mémoire affectant la mémoire à long terme et aussi au moins une des manifestations suivantes :

- Apraxie : incapacité d'exécuter des gestes coordonnés
- Aphasie : incapacité de compréhension et de production du langage
- Agnosie : incapacité de faire le lien avec ce qu'est un objet.
- Altération de la pensée : incapacité de conceptualiser les idées
- Altération du jugement : cela provoque des troubles du comportement tels que la déambulation, le malade suit alors ses impulsions.

Ces symptômes doivent être présents sur un long terme, et on ne doit pas trouver d'autres facteurs pouvant les expliquer et entraîner un handicap au quotidien.

Ainsi, dans cette définition médicale de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées il n'est donné aucun critère ayant trait à la dangerosité, l'agressivité ou à la folie souvent associée par un public non averti de la démence. Mais il est vrai qu'il reste douloureux pour beaucoup de qualifier une personne malade de démente.

1-1-2 Les symptômes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

La maladie d'Alzheimer se caractérise par un début progressif et un déclin intellectuel continu dont l'évolution couvre une période moyenne de 8 à 10 ans. Les symptômes constatés sont les troubles de la mémoire affectant la capacité à enregistrer de nouvelles informations récentes touchée en premier lieu.

Puis, peu à peu, la personne malade éprouvera de plus en plus de difficulté pour se rappeler les informations apprises antérieurement.

Les troubles du langage commencent par des manques du mot et par un appauvrissement du vocabulaire. Alors que la capacité à écrire peut être altérée très vite, la capacité de lecture à haute voix est souvent conservée longtemps.

Les troubles des gestes s'installent progressivement alors que les fonctions motrices restent intactes.

⁶ Union nationale des associations Alzheimer.site internet francealzheimer.vivre-avec-alzheimer.

Les troubles de la reconnaissance gênent la personne malade dans sa démarche de lier les représentations qu'elle a du monde extérieur, par la vue, le toucher, l'audition ou l'olfaction et tous les objets et personnes qu'elle connaît.

Les troubles des fonctions exécutives se traduisent par une difficulté à faire des projets, de s'organiser, de se repérer dans le temps et avoir une pensée abstraite.

Si le tableau des symptômes de la maladie d'Alzheimer et des maladies assimilées est maintenant bien connu, il s'avère que chaque malade va présenter des comportements particuliers car le développement des lésions lui est propre et il va compenser, surtout au début de la maladie, en fonction de sa personnalité et de son niveau intellectuel.

1-1-3 Les difficultés à poser un diagnostic précoce

Pour le malade, comme pour son entourage, il n'est pas facile d'identifier les premiers symptômes de la maladie, de considérer comme pathologiques, ni même inquiétants, les premiers signes de troubles comportementaux ou cognitifs.

Les premiers signes sont mis sur le compte de la perte de facultés normalement liée à l'âge et lorsque les signes deviennent plus gênants, ils motivent une première consultation chez le médecin généraliste.

Mais comme le déplore le rapport de la commission¹ présidée par le professeur Ménard, la standardisation du mode de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies assimilées n'est pas véritablement réalisée.

Ce rapport fixe d'ailleurs comme un des objectifs d'améliorer l'efficacité du dispositif de diagnostic, gage de continuité de la prise en charge du malade tout au long du parcours de soin. Des diagnostics tardifs retardent la mise en route des traitements médicamenteux et non médicamenteux et des activités de stimulation ainsi que la mobilisation des dispositifs sociaux et d'accompagnement. Au-delà des considérations épidémiologiques, le diagnostic précoce est aussi un enjeu thérapeutique.

Un rapport de l'INSERM sur la maladie d'Alzheimer, daté de 2007, considère que l'accès au diagnostic demeure un problème en France, en particulier chez les personnes de plus de 80 ans. Diverses causes sont pointées, elles sont liées à l'attitude des malades et de leurs proches face aux symptômes mais aussi à celle des médecins face à la maladie et plus généralement à l'image de la maladie d'Alzheimer dans la société.

La fiabilité du diagnostic repose sur un ensemble d'examens du patient menés par des professionnels médicaux apportant leurs compétences pluridisciplinaires : médecin généraliste, médecin spécialiste, neuro-psychologue.

La Haute Autorité de Santé -HAS- a élaboré en mars 2008 une recommandation professionnelle pour la pratique clinique portant sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées qui indique que le médecin traitant doit être le pivot de l'organisation des soins centrés sur le malade. Le médecin traitant collabore pour le diagnostic et le suivi du malade avec un neurologue, un gériatre ou un psychiatre. Le diagnostic nécessite plusieurs examens et évaluations pour être correctement posé.

Un entretien avec le patient et, si possible sur son accord, avec un accompagnant, est mené afin de recueillir des informations fiables sur les antécédents médicaux personnels et familiaux.

Une évaluation cognitive globale, standardisée à l'aide du test Mini Mental Status Examination –MMSE- est réalisée mais l'interprétation reste délicate car les résultats sont marqués par l'âge, le niveau socio-culturel, l'activité professionnelle et sociale ainsi que l'état affectif et le niveau de vigilance du patient.

Une évaluation fonctionnelle est réalisée afin de mesurer les retentissements des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne, en appréciant les difficultés rencontrées lors de l'utilisation du téléphone, l'utilisation des transports, la prise de médicaments, la gestion des finances.

Un entretien visant une évaluation thymique et comportementale est aussi vivement recommandé car l'on doit rechercher la présence d'une dépression selon les critères déterminés, de troubles affectifs, comportementaux ou d'expression psychiatrique en s'appuyant sur des échelles standardisées de symptômes.

Un examen clinique doit apprécier l'état général et cardio-vasculaire, les déficits sensoriels éventuels et permettre la recherche de comorbidités telles que la dépression, l'anxiété, une maladie cardio-vasculaire, une dénutrition, une insuffisance rénale.

La prescription d'examens biologiques et une imagerie cérébrale systématique sont très vivement recommandées.

En fait, il s'agit de conforter le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, en prenant bien soin au préalable d'éliminer les autres causes possibles des troubles cognitifs et comportementaux observés.

L'autre difficulté d'un diagnostic précoce dans la réalité reste l'accès aux soins.

Ainsi, l'enquête d'activité réalisée en 2004 par la fédération nationale des CMRR et de CM créés depuis 2001 (enquête reprise par Gallez Cécile, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, rapport no 2454 de l'assemblée nationale) indique que les délais médians d'attente pour une première consultation sont de 60 jours et les délais maximum de l'ordre de 7 à 8 mois.

Cette enquête a de plus mis en évidence que 20 % des CM ne comptaient pas de neuropsychologue et 63 % de psychologue dans leurs effectifs.

Ces difficultés rencontrées conduisent à donner un axe prioritaire à la recherche médicale afin de pouvoir faire bénéficier à l'ensemble de la population âgée de plus de 70 ans d'un dépistage généralisé, comme le prévoit le plan Solidarité Grand Age- 2006-2012 .

Aujourd'hui, l'imagerie médicale fait des progrès et l'équipe conduite par le professeur Celsis, directeur de recherche à l'INSERM, a mis au point une technique rapide et simple qui n'est pas encore validée mais qui est prometteuse. Elle repose sur la mesure de l'épaisseur du cortex et non plus sur la mesure du volume de l'hippocampe, car la variabilité de celui-ci est jugée trop importante pour dégager des règles simples et fiables de détection (Publication mai 2009 revue médicale brain GB)

1-1-4 Les données épidémiologiques

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer n'est certes pas aisément posé et le dépistage précoce, standardisé et généralisé n'est pas encore une réalité sur l'ensemble du territoire mais nous disposons de données fiables quant aux nombres de malades grâce au recensement des malades bénéficiant de la prise en charge à 100 % de leurs soins par les caisses d'Assurance Maladie depuis octobre 2004.

La commission Ménard reprend les chiffres donnés par les caisses qui indiquent que 6 à 7 personnes sur 100 personnes de 75 ans ou plus souffraient au 31 décembre 2006 de la

maladie d'Alzheimer et autres démences. Cette indication statistique est une moyenne établie sur le territoire national mais de fortes disparités selon les régions, attribuées aux comportements différents des caisses et des médecins face à des personnes qui présentent pourtant la même maladie⁷.

Actuellement 860 000 malades sont donc recensés et 225 000 nouveaux cas se déclarent⁸. Il est à noter que 70 % des malades sont des femmes et les deux tiers âgés de 80 ans et plus⁹.

Selon les projections de l'INSEE, avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, 1,3 millions de personnes souffriront de cette affection d'ici 2020, soit un quart des personnes de plus de 65 ans¹⁰. Ces projections inquiétantes s'appuient aussi sur l'estimation faite qu'actuellement seulement 1 malade sur 2 est diagnostiqué¹¹. Ces données épidémiologiques servent à dresser un tableau sanitaire de la maladie.

Pour autant il convient aussi d'apprécier tous les aspects sociaux qu'engendrent la survenance de la maladie qui vont concerner au premier chef le malade lui-même bien sûr, mais aussi son entourage.

⁷ données CNAMTS, CCMSA,RSI, Insee

⁸ lettre de mission du président de la république au professeur Ménard.Chiffres déjà évoqués le 27 janvier 2007 par M.BAS lors de l'ouverture du Colloque « Alzheimer, l'éthique en questions ».

⁹ chiffres indiqués par l'étude pixel : les aidants informels prenant en charge des déments à domicile, publiée dans gérontologie et société no spécial 2002 ,p 65-86 .

¹⁰ chiffres donnés par M.BERTRAND , Ministre de la Santé et des Solidarités , lors du discours de clôture du colloque « Alzheimer, l'éthique en questions » du 29 janvier 2007 .

¹¹ Gallez Cécile, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, Office Parlementaire d'Evaluation des politiques de Santé, rapport no 2454 de l'Assemblée nationale

1-2 La maladie affecte aussi l'entourage « aidant » du malade

Le Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 présente en objectif n°1 l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants, en particulier ceux qui entourent le malade resté à domicile.

La maladie d'Alzheimer constitue bien effectivement la cause principale d'entrée en dépendance et la pathologie démentielle la plus fréquente. Si l'on inclut l'entourage familial, il y a aujourd'hui 3 millions de personnes directement touchées par la maladie. Quarante pour cent des malades d'Alzheimer avérés vivent et souhaitent rester le plus longtemps possible, et dans de bonnes conditions, à leur domicile, principal repère structurant et lieu de mémoire¹².

Il faut distinguer alors l'aide formelle, assurée par du personnel professionnel formé et rémunéré, et l'aide informelle apportée par l'entourage, la famille le plus souvent. L'aide informelle est un élément déterminant de la prise en charge des personnes âgées aidées de plus de 75 ans. L'aide est exclusivement informelle dans 4 cas sur 10, informelle associée à une aide professionnelle (aide mixte) pour 4 personnes sur 10, et uniquement professionnelle dans 1 cas sur 5.

La forme de l'aide est bien sûr évolutive : avec l'âge, l'aide informelle est remplacée progressivement par une aide mixte, associant des professionnels et l'entourage. On doit donc en conclure que l'entourage familial assume essentiellement la prise en charge de ces malades, jusqu'aux stades avancés de la maladie.

L'aide formelle, dispensée par des professionnels, relève d'un accompagnement du malade et des aidants. Comme le souligne le Professeur Ménard dans le préambule au rapport de la commission, préfigurant le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, le chemin vers la mort est lent, progressif ou par à-coups, précédé de nombreuses années de perte de contact progressive avec autrui, puis de comportements aberrants.

Dès lors qu'il n'y a pas de solution curative, il reste l'accompagnement et le point majeur des conclusions de la Commission est la forte demande médico-sociale.

¹² gestions hospitalières, mai 2009, no 486 , p 296-300

La solidarité familiale qui est sollicitée doit être soutenue par une solidarité nationale élargie qui devrait vite reconnaître un droit universel d'aide à l'autonomie pour aider collectivement chaque personne à être elle-même dans son environnement. Cela nécessite une approche personnalisée où la compensation apportée varie d'une personne à l'autre, d'une période de la vie à une autre.

La solidarité familiale se traduit par la présence constante d'un membre de la famille au domicile du malade. Cette présence représente une charge accablante du fait de l'astreinte de la totalité des 168 heures de la semaine et d'un travail évalué à 55 à 60 heures hebdomadaires¹³. La prise en soins d'une personne démente à domicile implique la protection du malade mais aussi celle de l'aidant afin d'alléger la charge physique et émotionnelle de l'aide apportée. Il s'agit de prévenir la maltraitance qui pourrait survenir avec l'épuisement et le confinement au domicile et la mortalité des conjoints aidants de personnes démentes qui dépasse de 63 % celle de leurs contemporains¹⁴. La santé et le moral de l'aidant sont les premières garanties de qualité du soutien à domicile du malade.

Les études Pixel font valoir l'importance des demandes en matière de répit et d'accueil temporaire pour les familles de malades vivant à domicile : 25 % des aidants à domicile demandent des structures de jour en relais à leurs efforts. Il s'avère que cette demande est même prioritaire sur celles d'aide médicale et d'aide en soins spécialisés¹⁵. Ces études distinguent quatre types d'aidants particulièrement nécessiteux de relais et d'aides :

- Les aidants très âgés
- Les aidants s'occupant de malades de moins de 60 ans
- Les aidants n'ayant pas la possibilité de se soigner, faute de relais humain
- Les aidants jeunes qui ont des contraintes professionnelles et familiales

¹³ gérontologie no 131 2004-3 p 18-21

¹⁴ id

¹⁵ GESTIONS HOSPITALIERES MAI 2009no 486 p 296-300 Reprenant les chiffres indiqués par l'étude Pixel : demande de répit et d'accueil temporaire pour les familles de déments à domicile, la revue francophone de gériatrie et de gérontologie, juin 2006 ,

1-3 Le parcours de soins du malade

Il est important d'énoncer clairement que le soutien à domicile n'est pas la solution de tous les problèmes, mais comme la meilleure solution dans une majorité des cas, en particulier quand il s'agit d'un couple¹⁶.

En fait, il s'agit d'offrir une réponse personnalisée et évolutive tant aux personnes malades qu'aux aidants après l'annonce du diagnostic, puis dans les différentes étapes de la maladie. Le Plan << Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 >>, prévoit de construire un véritable parcours de prise en charge et d'accompagnement en se plaçant du point de vue de la personne malade et de sa famille, afin d'organiser le système de soins autour de leurs besoins.

L'objectif est de simplifier la vie quotidienne des personnes malades, d'améliorer le bien être des aidants et d'apporter les meilleurs soins et services pour tous. Il est mis l'accent sur la construction d'un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, correspondant aussi à la situation de chaque famille. Il s'agit d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation et donc un accompagnement continu dans le temps visant aussi à guider les personnes malades et leurs familles dans leurs choix dans le panier de services d'aide existants.

Ce parcours de prise en charge personnalisé doit être élaboré en un lieu de d'orientation de la prise en charge : en suivant les préconisations du Plan Alzheimer, la CNSA a lancé, en octobre 2008, un appel à candidatures pour l'expérimentation de service << **guichet unique** >>, où divers professionnels assurent des permanences et proposent des prises en charge pluridisciplinaires dans le cadre d'un réseau de coordination.

Ce nouveau service, appelé Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) s'inspire du modèle du dispositif du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) mais veut dépasser ce modèle en se présentant comme un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Un tel service << **guichet unique** >> paraît nécessaire à un parcours de soins adapté à chaque étape de l'évolution de la maladie et véritablement effectif.

¹⁶ gérontologie no 131, 2004-3 , p 21

1-4 le centre d'accueil de jour

Dans le panier de services médico-sociaux proposés aux personnes malades et à leurs familles, le centre d'accueil de jour des malades tient une place particulière.

L'étude Pixel sur les aidants informels prenant en charge des déments à domicile¹⁷, fait ressortir que 84 % des aidants se plaignent de leur manque de disponibilité personnelle et réclament plus d'aide dans la journée. Au-delà du recours à l'hôpital de jour pour le diagnostic, de nouvelles structures sont à inventer. Toutefois, la première demande des familles concerne le développement d'accueils de jour.

Cette demande a été entendue et la circulaire du 30 mars 2005 fixant les modalités de mise en œuvre du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 compte une annexe consacrée à l'accueil de jour.

Le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 consacre cette forme de structure de répit : alors qu'il existe aujourd'hui 7 000 places d'accueil de jour, ce nouveau plan prévoit d'en créer 2 125 en 2008 et 11 000 en tout sur la durée du plan.

Le plan fait une place aux structures innovantes comme la garde itinérante de nuit, l'atelier sensoriel à domicile, la garde à domicile, l'accueil de nuit, les séjours de vacances, l'appartement thérapeutique, la famille d'accueil en proposant de favoriser leur expérimentation puis la généralisation de celles qui auront démontré leur intérêt médico-économique.

Néanmoins, le modèle de l'accueil de jour reste actuellement privilégié.

L'accueil de jour est une structure médico-sociale qui reçoit des personnes vivant à domicile et présentant des troubles cognitifs, pour une ou plusieurs journées, voire demi-journées, par semaine. Il s'agit de structures autonomes ou rattachées à une structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec des locaux dédiés à cet accueil. Les malades peuvent renouer une vie sociale et participer à des activités diverses dans un but thérapeutique ou ludique. L'aidant peut s'occuper de lui-même. Il peut aussi bénéficier d'une aide (conseils, soutien psychologique) de la part des intervenants de l'accueil de jour.

¹⁷ Gérontologie et société n° spécial 2002, p 80

Le centre d'accueil de jour offre des espaces de détente et de sociabilité aux personnes malades et des plages de répit aux aidants, il permet de rompre le huis clos familial. Les activités artistiques ou ludiques sont placées sous le signe de la convivialité ¹⁸.

Mais le centre a aussi une vocation thérapeutique ; son objectif principal est de préserver, maintenir, voire restaurer l'autonomie des personnes malades¹⁹.

Tout d'abord, le centre d'accueil de jour doit bien s'intégrer dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne en concertation avec l'ensemble des professionnels : ainsi l'accueil de jour doit travailler en articulation étroite avec la consultation mémoire du réseau auquel il est rattaché pour que chaque bénéficiaire de l'accueil de jour fasse l'objet d'un diagnostic et que le stade de la maladie soit connu. Il est aussi un relais avant que les personnes malades, présentant un stade plus évolué de la maladie, ne soient dirigées vers l'hôpital de jour.

La vocation thérapeutique du centre d'accueil de jour trouve à s'exercer après un bilan médico-social d'un projet individuel d'aides et de soins adaptés permettant ²⁰ :

- De définir le programme de réadaptation
- De repérer les modifications du comportement
- De préserver, voire de rétablir les contacts sociaux
- De maintenir le sentiment d'identité : atelier de réminiscence

Le centre de jour dispose de personnel qualifié (infirmière, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, aide soignant, psychiatre, gériatre) qui prodigue des soins au malade s'appuyant sur :

- La stimulation des fonctions cognitives
- Les techniques de communication non verbale
- La prévention de la dénutrition
- La surveillance des effets secondaires des traitements

¹⁸ ash no 2445 ,3/3/2006 P 56-54 CAROLINE HELFTER, des accueil de jour pour se ressourcer.

¹⁹ Gérontologie no 131,mars 2004, p22-25, dr c atiar-chiche, accueil de jour, hébergement temporaire

²⁰ La revue de gériatrie, mars 2008, tome 33 no 3 , accueils de jour Alzheimer, P.Menecier, art collectif

De plus le personnel se tient à la disposition des aidants et leurs propose des psychothérapies individuelle de soutien ou collective au sein de groupes de parole, des informations diverses d'ordre pratique ou à caractère d'assistance sociale.

1-5 le cadre juridique

Le cadre légal est protecteur des droits du malade et ouvre des droits aux aidants.

La loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'impose à toute structure médico-sociale en matière de régime d'autorisation, de régime de tarification et de référentiels de qualité de service.

La loi du 4 mars 2002 concernant le droit du malade à la communication médicale le concernant protège les droits du malade mais trouve difficilement les modalités de respect de ces droits, dans le cadre d'une relation thérapeutique globale avec un malade dont les facultés intellectuelles sont altérées.

La loi no 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique présente des dispositions en cas de perte d'autonomie des personnes, concernant en particulier les aides aux aidants.

Le cadre réglementaire donne un modèle d'organisation et de fonctionnement:

D'abord apparus en psychiatrie dans les années 1930-1940, 77 des centres de jour puis des accueils de jour polyvalents se sont créés en gériatrie, et sont un peu tombés dans l'oubli. Ils ont retrouvés un nouvel essor avec le nombre croissant de malades Alzheimer et syndromes apparentés, et surtout le développement d'une politique en leur faveur.

La politique de leur développement repose sur un dispositif comprenant les orientations nationales fixées par les plans Alzheimer successifs et leurs circulaires d'application fixant le cahier des charges de ces structures.

Ainsi le premier Plan Alzheimer, présenté en octobre 2001 reconnaît la maladie et la circulaire d'application du 16 avril 2002²¹ guide les travaux de planification de l'ARH et de la DDASS.

²¹ Circulaire DHOS/02/DGS/SDD/DGAS/SD2C/DSS/1A/no 2002/222 relative à la mise en place d'un programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés

Puis le second Plan 2004-2007 présente 10 objectifs visant à faciliter le diagnostic précoce et la mise en place de la politique d'accueil avec la circulaire du 30 mars 2005²² qui prévoit les modalités de mise en œuvre du Plan avec une annexe portant spécifiquement sur l'accueil de jour.

Cette articulation de textes porte un dispositif juridique sans grande valeur juridique et sans véritable portée contraignante car ces textes ne sont pas opposables en tant que tels aux différents acteurs.

Cette formule peut étonner, si l'on considère par exemple la définition et l'organisation des accueils temporaires des personnes handicapées et des personnes âgées faisant l'objet du décret du 17 MARS 2004.

Ainsi l'accueil de jour, s'adressant pourtant au même public vulnérable, bénéficie d'un cadre juridique plus souple, qui met certes en avant une certaine référence pour son organisation et son fonctionnement, mais permet aussi de grandes variabilités entre les structures existantes, les offres d'accompagnement, le caractère thérapeutique plus ou moins développé et le type de recrutement partiellement ou uniquement ouvert à des personnes vivant à domicile.

Ce dispositif juridique a été dessiné en tenant compte de la volonté politique nationale de favoriser le développement rapide des créations de structures dans un cadre réglementaire souple et aussi de conforter les départements dans leur rôle de chefs de file de l'action sociale tel qu'il est défini par la loi no 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Les schémas gérontologiques départementaux signalent l'intérêt du département pour ce type d'accueil²³. En effet, le Conseil Général élabore seul le schéma d'organisation sociale et médico-sociale et assure la coordination des politiques gérontologiques et les orientations départementales trouvent à s'exprimer au sein du CROSMS (comité régional d'organisation sociale et médico-sociale) qui émet un avis, avant l'autorisation de création de la structure qui est finalement donnée conjointement par l'autorité compétente de l'Etat et le président du conseil général..

On peut noter tout de même la parution de deux décrets plus récents, de portée importante mais sur des objets très ciblés :

²² Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/no 2005-172 du 30 MARS 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

²³ Gérontologie no 131 , 2004-3, accueil de jour, hébergement temporaire

Le décret no 2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes âgées bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et complétant le code de l'action sociale et des familles.

Le décret no 2007-661 du 30 avril 2007 portant modifications de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'accueil de jour.

Ce type de structure bénéficie d'une reconnaissance officielle, mais la dénomination et l'organisation des entités fonctionnelles ne trouvent pas de base légale. Les règles d'organisation et de fonctionnement applicables à ce type de structure fixées dans le cadre réglementaire restent encore souples : des modes très hétérogènes d'organisation et de fonctionnement, ainsi que de financement des budgets d'investissement et de fonctionnement sont observés.

Il est important de souligner ici que le cadre juridique présenté est celui dans lequel se situe la structure actuellement en 2009.

En effet, le cadre juridique des structures médico-sociales va évoluer sensiblement dans la mesure où les agences régionales de santé vont avoir des prérogatives en matière d'autorisation de création de structure et de labellisation de la qualité des services.

Le rôle de la CNSA, autre agence, devrait être renforcé, notamment en matière de financements et de respect de l'équité de traitement sur le territoire. A terme, selon les propos de M. Xavier Bertrand tenus le 28 mai 2008 à l'occasion de la présentation à la CNSA des orientations visant la création d'un cinquième risque de la protection sociale correspondant à la perte d'autonomie, il pourrait se présenter une gouvernance locale au plus près des besoins grâce à l'action des conseils généraux, une gouvernance régionale des ARS et une gouvernance nationale de la CNSA.

1-6 Le projet d'accompagnement individualisé du malade

L'organisation de la structure peut donc présenter des variantes en fonction des publics locaux accueillis et des compétences particulières des équipes professionnelles constituées.

Toutefois, le mode de fonctionnement du service doit intégrer le projet de soins élaboré pour chaque malade et avec chaque malade. L'accueil de jour est un service d'accompagnement de la personne malade et de ses aidants. Cette spécificité implique que le fonctionnement du service pouvant accueillir jusqu'à 15 personnes tienne compte d'autant de projet de vie et de soins dans un cadre de règles de vie collective.

La circulaire du 30 mars 2005 précise que lors de toute nouvelle admission, un projet individualisé de prise en charge est élaboré.

Le rôle du professionnel consiste en premier lieu à construire un tel projet individuel pour chaque malade après l'évaluation de ses capacités afin de lui proposer des activités véritablement adaptées. L'accent est porté sur l'individualisation du projet de vie et d'accompagnement pour chaque personne accueillie qui constitue une condition même d'amélioration recherchée de la qualité de la prise en charge. La coopération avec les familles se pose aussi en principe afin d'offrir une réponse personnalisée et évolutive aux besoins exprimés.

La réponse apportée par l'équipe professionnelle sera d'autant plus adaptée que les besoins exprimés du malade vulnérable auront été recueillis dans le cadre d'une réflexion éthique fondamentale.

L'éthique est un bien grand mot ! Il appelle à faire une place dans le projet thérapeutique à la réflexion philosophique sur la place de l'individu dans le groupe, sur la conscience de l'individu et sa liberté. Cela engage les professionnels dans un travail de réflexion, faisant une belle place à la générosité, à l'attention, à la bienveillance.

Le respect du malade, de son intimité et de sa pudeur ne constitue pas une clause de style²⁴. Il doit pouvoir s'exprimer dans des attitudes dont l'invisibilité, parfois, rend difficile l'évaluation.

²⁴ Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer, éthique soin et société, préface de R.BACHELOT
Valérie Bellec - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2009

Auprès de la personne progressivement entravée dans sa possibilité d'exprimer ce qu'elle recèle de richesse intérieure ainsi que son besoin d'existence et d'intense partage, la sollicitude relève d'une dimension de responsabilité que l'on serait tenté d'éviter tant la tâche est épuisante, ingrate, incertaine. Les soins procèdent davantage d'une logique palliative que d'un projet curatif, avec pour objet principal le souci de maintenir la personne dans un environnement attentionné à son égard, adapté, rassurant, respectueux de ses droits²⁵.

²⁵ REPENSER ensemble la maladie d'Alzheimer, E.HIRSCH.

2 L'OUVERTURE DU CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR DE VERNEUIL SUR AVRE : UN PROJET PORTE PAR LA PLANIFICATION HOSPITALIERE ET INSCRIT DANS LA PROGRAMMATION LOCALE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

L'ouverture d'un centre d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie ou d'une maladie assimilée sur le canton de Verneuil sur Avre est l'aboutissement d'un projet mené par un établissement de santé selon les planifications croisées sanitaire et médico-sociale des autorités de tutelle afin de répondre aux besoins de la population locale.

2-1 La vocation gériatrique du Centre hospitalier de Verneuil sur Avre

Le Centre hospitalier de Verneuil sur Avre est un établissement public de santé qui a une activité de centre hospitalier de proximité.

2-1-1 Statut juridique de l'établissement

Les missions de service public sont explicitement définies par la loi du 31 juillet 1991, qui a globalement réaffirmé les missions antérieurement définies par la loi du 31 décembre 1970. L'établissement public de santé (EPS) est placé sous la tutelle de l'Etat qui lui impose un certain nombre d'obligations inhérentes au service public, notamment l'égalité d'accès aux soins.

La loi du 31 juillet 1991 classe les établissements publics de santé dans trois catégories :

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui ont donc une vocation régionale liée à une haute spécialisation.

Les hôpitaux locaux qui ont une faible médicalisation et recourent de façon habituelle aux services de médecins généralistes libéraux.

Les centres hospitaliers, qui ne sont donc ni des CHR ni des hôpitaux locaux, dispensent toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée²⁶.

On peut noter que la loi portant réforme de l'hôpital, patient, santé, territoire, supprime le statut de l'hôpital local et maintient deux catégories d'établissement, les CHR et les centres hospitaliers.

2-1-2 La planification sanitaire

Le statut juridique d'EPS recouvre des centres hospitaliers qui sont de tailles très variables.

Le volume d'activité est aussi très variable d'un établissement à un autre et leurs activités sont elles-mêmes très diverses dans la mesure où chaque établissement détermine son projet médical en fonction du plateau technique dont il dispose et en fonction des autorisations d'exercice qu'il reçoit de l'Agence Régionale D'hospitalisation (ARH), sa tutelle. Ainsi l'activité et les missions du centre hospitalier sont déterminées, moins par le statut juridique d'EPS qui lui est applicable que par les autorisations délivrées par l'ARH.

La planification hospitalière est une procédure de régulation de l'offre de soins destinée à coordonner les activités hospitalières sur un territoire donné, avec un double objectif de garantie de complémentarité des activités pour une prise en charge globale du patient et de maîtrise des coûts.

La planification hospitalière n'est pas nouvelle. L'ordonnance du 11 décembre 1958 impose déjà à tout projet de création ou d'extension d'un établissement de santé une déclaration préalable auprès du ministre chargé de la santé. Cette déclaration se transforme en autorisation préalable par l'ordonnance du 23 septembre 1967.

Puis la loi hospitalière du 31 décembre 1970 institue la carte sanitaire qui repose à la fois sur un découpage géographique et sur un inventaire des équipements.

²⁶ fhf, l'hôpital de a à z.

La loi du 31 juillet 1991 souhaite dépasser cette approche purement quantitative et introduit les schémas d'organisation sanitaire, conçu comme un complément d'ordre qualitatif.

Ainsi les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), dits de première génération, ont couvert la période 1994-1998. Leur révision a abouti sur les SROS dits de deuxième génération couvrant la période 1999-2004.

La circulaire DH/EO/98/no 192 du 26 mars 1998 relative à la révision des SROS a assigné trois objectifs aux SROS :

- Améliorer la prise en compte des besoins de santé
- Promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre médecine hospitalière, médecine de ville et prise en charge médico-sociale
- Accélérer la recomposition du tissu hospitalier

Cette planification va trouver son application concrète au niveau de l'établissement grâce aux contrats d'objectifs et de moyens (CPOM), créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Ces contrats conclus entre les établissements et l'ARH doivent permettre de décliner les objectifs du SROS dans chaque établissement en leur garantissant l'affectation des moyens nécessaires pour les atteindre.

Mais la Cour des comptes met en évidence les limites de la carte sanitaire dans son rapport au Parlement sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Son utilisation comme instrument de réduction de l'offre hospitalière est dénoncée et elle n'a pas permis de recomposer l'offre de soins.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime alors la carte sanitaire décriée et fait du SROS l'outil unique de la planification dans un souci de simplification. Les SROS de troisième génération (SROS 3) sont adoptés au 31 mars 2006. Le SROS doit être alors véritablement un outil de planification prospective.

Selon les termes de l'article L.6121-1 du Code de la santé publique, le SROS doit prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale en se référant à des données épidémiologiques plus larges.

Les dispositions de l'article L.1411-11 du Code de la santé publique oblige le SROS à intégrer les objectifs du plan régional de santé publique (PRSP) créé par la loi de santé publique du 11 août 2004.

Le SROS 3 a comme objectif de garantir l'organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité (médecine, permanence des soins, prise en charge des personnes âgées, soins de suite médicalisés) et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques.

La planification repose dès lors sur un nouveau découpage du territoire. Le territoire de santé remplace le secteur sanitaire. La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS 3 les définit comme des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives.

Elle recommande aux ARH de se fonder sur des éléments de géographie physique et humaine ainsi que sur les comportements de la population face à l'offre de soins pour les délimiter. L'article L.6121-1 du Code de la santé publique indique que le schéma est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales.

L'expression concrète de l'évaluation des besoins de santé de la population doit apparaître dans le projet médical de territoire, élaboré par les conférences sanitaires. Ce document, défini par la circulaire du 5 mars 2004 comme un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement donne les contours du territoire de santé et présente les diagnostics partagés entre l'ARH et les différents groupes de travail thématiques. Le projet médical de territoire doit en principe précéder l'élaboration du SROS et a posteriori nourrir sa révision.

Le SROS comporte une annexe, établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population, qui indique par territoire de santé les objectifs quantifiés de l'offre de soins, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation et par équipements matériels lourds.

L'annexe du SROS indique in fine, de manière impérative, selon les dispositions de l'article L.6121-2 du Code de la santé publique, les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Cette présentation, qui peut paraître aride et théorique, de la planification hospitalière, vise à montrer comment elle a effectivement modelé le projet d'établissement du Centre Hospitalier.

Ce document stratégique de la politique générale de l'établissement doit être compatible avec les objectifs du SROS, selon l'article L.6143-2 du Code de la santé publique. La planification hospitalière a eu une action déterminante sur l'élaboration du projet médical de l'établissement qui a progressivement depuis l'année 1999, dessiné la vocation gériatrique de l'établissement.

2-1-3 Historique de l'activité de l'établissement

Sur le site principal actuel de l'établissement était déjà édifié un hospice au XIV^{ème} siècle.

Au XVII^{ème} siècle, les services de soins hospitaliers se développent.

Pendant la guerre 1914-1918, un appareil radiographique est installé.

En 1924, la création de quelques lits de service maternité est décidée.

En 1945, l'hôpital se dote d'un service de chirurgie générale.

En 1964, un nouveau bâtiment est inauguré qui abrite la maternité qui devient autonome.

En 1975, le service de médecine est installé dans un nouveau bâtiment.

En 1978, la maison de cure ouvre ses portes et le service diététique est créé.

En 1990, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est effectif. L'activité de l'établissement évolue doucement vers les soins à une population vieillissante.

En 1991-1992, la réhabilitation et la modernisation de la maison de retraite sont menées à bien.

Et l'année 1999, sera marquée par la fermeture des services de maternité et de chirurgie du fait de la fermeture du bloc opératoire par arrêté de l'ARH en application des dispositions du SROS 2.

A cette date, l'établissement acquiert véritablement son caractère de centre hospitalier de premier recours. En compensation de la fermeture de ces deux services, sont créés deux nouveaux services qui sont le centre périnatal de proximité et le service de chirurgie ambulatoire. De plus, l'accès aux soins d'urgence est organisé à ce moment là à partir de l'UPATHOU(Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences) et du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).

L'établissement aurait pu devenir un hôpital local, mais il était primordial de maintenir dans une zone rurale et une ville de 8 000 habitants des services sanitaires de proximité.

Enfin, l'année 2006 voit la création du centre de prévention axé sur les activités de dépistage du cancer, les vaccinations, la lutte contre la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles conformément aux dispositions du SROS 3, du plan régional de santé publique. Cette même année, le projet de restructuration-reconstruction de l'hôpital est entériné et bénéficiera d'un financement dans le cadre du programme national de modernisation hôpital 2007-2012 qui consacre les activités sanitaires de l'établissement. Le projet architectural fait une belle part aussi aux services médico-sociaux avec la création programmée une unité d'hébergement de 27 lits pour personnes désorientées.

2-1-4 L'activité actuelle de l'établissement

L'activité actuelle de l'établissement est exercée au sein du pôle médical :

- Médecine avec 12 lits
- Soins de suite et de réadaptation avec 20 lits
- Service des urgences avec 12 000 passages, 320 sorties du SMUR et deux lits porte
- Service de consultations générales externes avec 3 200 consultants par an

- Centre périnatal de proximité 2 200 consultantas par an
- Centre de prévention dont l'activité est difficilement quantifiable puisqu'elle repose essentiellement sur des activités d'animation à l'extérieur de l'établissement.

L'activité repose aussi sur les services de radiologie avec 14 000 examens par an, de pharmacie à usage intérieure, de kinésithérapie, de diététique.

Et le pôle gériatrique de l'établissement comprend trois structures :

- L'unité de soins de longue durée de 70 lits
- Le SSIAD de 49 places
- L'établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 105 lits

Si l'on se réfère au rapport d'activité 2008, on constate que le public admis dans les structures sanitaires de l'établissement est effectivement âgé : en médecine et soins de suite et de réadaptation, les patients ont en moyenne 74 ans et 83 ans en SSIAD. Les pathologies les plus fréquentes soignées en pôle médical sont celles relatives aux affections du système respiratoire et de l'appareil circulatoire, typiques du sujet âgé, selon les données du PMSI.

Ainsi le centre hospitalier de Verneuil sur Avre a progressivement trouvé sa vocation gériatrique sans pour autant délaisser les autres tranches de la population en développant ses services de prévention, d'intervention d'urgence et en proposant des consultations médicales spécialisées en convention avec le centre hospitalier de Dreux. L'activité de l'établissement est à dominante gériatrique et l'organisation de l'établissement traduit cette réalité par l'importance du pôle gériatrique.

2-1-5 Les perspectives d'évolution de l'activité de l'établissement

A moyen terme, l'activité de l'hôpital ne devrait pas connaître de grandes modifications. La configuration de son activité semble adaptée à la population locale rurale et vieillissante. Le projet architectural du nouvel hôpital qui entrera en service début 2012 porte sur une reconstruction avec une augmentation de la superficie motivée par un souci d'amélioration des conditions de travail et d'accueil. La capacité d'accueil va très peu évoluer, elle augmente seulement de 27 lits.

Le projet médical de l'établissement prévoit à plus longue échéance une coopération renforcée avec le centre hospitalier de Dreux pour développer les consultations externes spécialisées et créer un service d'hospitalisation à domicile aux jeunes accouchées qui sortent de la maternité de Dreux et qui ont été suivies durant leur grossesse à Verneuil sur Avre.

Mais cela n'est qu'une perspective et le fait que les deux établissements n'appartiennent pas au même département, ni à même région et donc pas au même territoire de santé n'a jamais constitué un obstacle mais se révèle tout de même un frein.

Le projet médical a prévu et obtenu la transformation des places d'USLD en 30 places d'USLD redéfinies avec un caractère sanitaire. Le projet médical n'a finalement pas orienté le service SSR vers une spécialisation gériatrique en vue de la tarification à l'activité prévue pour ce service car le cahier des charges d'une telle spécialité impose des recrutements que l'établissement ne pourrait pas assurer compte tenu des difficultés de recrutement de certaines spécialités médicales et para-médicales.

De plus, le service de SSR reçoit aussi des patients en séjour post-traumatique, ce qui représente un quart des séjours. Ces éléments ont conduit le chef de pôle à proposer « de conserver le caractère généraliste du service, qui a une vocation gériatrique », dans un souci de respect de l'égalité de l'accès aux soins de proximité à toutes les catégories de patients.

Le projet médical a aussi prévu, dans le cadre du pôle gériatrique existant, la création de services d'accueil dédiés aux personnes désorientées, conformément à la programmation médico-sociale telle qu'elle a été définie par la convention tripartite signée en juillet 2007 :

- 24 lits d'hébergement permanent
- 3 places d'hébergement temporaire
- 12 places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et assimilées.

2-2 La réponse à un besoin local de structures médico-sociales dédiées aux personnes désorientées.

2-2-1 Recensement des besoins sur le département et sur le territoire de santé

La définition du territoire :

L'hôpital de Verneuil sur Avre se situe dans l'extrême sud du département de l'Eure et de la région de Haute-Normandie, à la limite des départements de l'Orne et de l'Eure et Loir. L'établissement se situe à 30 kilomètres du Centre hospitalier d'Evreux, centre hospitalier de référence départemental et à 30 kilomètres également du Centre hospitalier de Dreux en Eure et Loir. L'établissement a établi des conventions avec chacun de ces centres et aussi avec les hôpitaux locaux de Conches en Ouche, de Rugles et de Breteuil sur Iton distants de 12 à 25 kilomètres. L'ARH a donc validé un territoire de santé englobant le Centre hospitalier de Verneuil sur Avre et ces trois hôpitaux locaux.

Il paraissait intéressant d'apprécier les besoins de la population habitant sur ce territoire dans la perspective d'un projet de structure médico-sociale de proximité pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, dès lors que de nombreuses personnes désorientées, soit 40% des effectifs, fréquentaient déjà l'EHPAD.

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) édite des indicateurs sanitaires et sociaux avec des données territorialisées par pays, échelon territorial désormais pertinent pour la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) même si le pays ne recoupe pas exactement le territoire de santé tel qu'il est défini par le SROS. Ces indicateurs sont donc présentés en annexe.

Le Pays d'Avre et d'Iton regroupe les cantons de Verneuil sur Avre, de Damville, de Breteuil sur Iton plus quelques communes dans un rayon de 20 kilomètres au nord de Verneuil sur Avre.

Quelques éléments socio-démographiques :

Les indicateurs de l'ORS, basés notamment sur le recensement INSEE DE 1999 ont été publiés en septembre 2006.

Ils font ressortir que le pays Avre et d'Iton se caractérise par une population de 35 000 habitants avec une densité parmi les plus faible de la région. On peut noter un taux de variation annuel moyen de population en augmentation entre deux recensements, principalement du à un solde migratoire très positif du fait que les prix de l'immobilier se sont avérés intéressants sur un territoire situé à une heure de train de Paris.

La population âgée de plus de 60 ans représente 22,6 % de la population totale du pays, soit plus qu'au niveau qu'aux plans régional (19,5 %) et national (21,3 %).

La population du pays compte une proportion d'ouvriers et d'agriculteurs-exploitants plus élevés que la moyenne régionale.

L'habitat dans le pays présente une part importante de maisons individuelles et fermes, soit 85% des résidences et 70% des occupants des résidences principales sont propriétaires.

Le recensement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer :

La Caisse primaire d'Assurance Maladie a recensé 1 800 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sur le département. Si l'on ramène ce chiffre au niveau de la population du territoire, cela nous indique qu'il y a environ 100 personnes malades diagnostiquées. Mais ce chiffre ne rend pas compte de la réalité si l'on tient compte de la prévalence de la maladie chez les personnes de plus de 75 ans qui est de 17,8 % et de l'incidence de 3,8 %. Il est alors vraisemblable de considérer qu'il y a en fait 640 personnes malades sur le territoire et 137 nouveaux cas par an.

2-2-2 L'offre de soins et de structures médico-sociales sur la région, le département et le territoire de santé

Les indicateurs d'offre des soins au 31 août 2005 font état d'une densité régionale d'offre médicale en deçà de la moyenne nationale. 100 médecins généralistes, 61 spécialistes

sont recensés pour 100 000 habitants contre respectivement 116, 90 et 104 sur le territoire national. Le pays d'Avre et d'Iton une densité médicale encore plus faible avec notamment 64 médecins généralistes.

Les indicateurs d'offre médico-sociale relèvent que le taux régional d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées, en fin d'année 2005, est supérieur à la moyenne nationale, soit 203 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans contre 132 sur le territoire national.

Au niveau du pays, ce taux est encore supérieur avec 271 places. Mais ce chiffre englobe différents équipements tels que les maisons de retraite, les logements foyers, les places d'hébergement temporaire, les accueils de jour, les SSIAD, les services de soins de longue durée. On constate que les taux d'équipement régional et du pays sont satisfaisants grâce aux places en maison de retraite et en foyer logement, la région et le pays étant en 2005 manifestement déficitaires en structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire :

En 2005 : nombre de places ou lits pour 100 000 habitants de 75 ans et plus.

	Pays Avre et Iton	Région
Maison de retraite	613	8 134
Logement foyer	180	4 210
Accueil de jour	0	2
Hébergement temporaire	0	34

La planification de l'offre médico-sociale et la programmation de structures nouvelles :

Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de la région Haute-Normandie (PRIAC) a entrepris de fixer l'ouverture de centres d'accueil de jour Alzheimer au titre des priorités régionales et d'établir une programmation pluriannuelle permettant de rattraper le niveau national d'équipement.

Le PRIAC a institué par l'article 58 de la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le PRIAC est un outil de programmation régionale pluriannuelle qui organise l'adaptation et l'évolution de l'offre régionale de prise en charge et d'accompagnement des personnes

handicapées et des personnes âgées dépendantes, et fixe sur cinq ans les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places en établissements et services médico-sociaux. Ce programme privilégie une approche globale qui doit prendre en compte les plans nationaux de santé publique et les besoins spécifiques locaux. La programmation est dynamique dans la mesure où le PRIAC a un effet contraignant.

En effet, les autorisations de création de création, d'extension et de transformation d'établissements et services rentrant dans son périmètre doivent être compatibles avec ses orientations et avec les crédits disponibles notifiés dans le cadre des campagnes budgétaires annuelles.

Le PRIAC est arrêté par le Préfet de région après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), transmis à la CNSA. Il est établi par la DRASS en collaboration avec la DASS, l'ARH, la CRAM, le Conseil Général.

Ce document évolutif de programmation s'appuie donc principalement sur les documents de planification que constituent les schémas d'organisation sociale et médico-sociale en vigueur, notamment les schémas gérontologiques départementaux et les plans nationaux, comme le Plan Alzheimer qui nous intéresse.

Le PRIAC 2008-2012, arrêté par le Préfet de région le 29 mai 2007, présente un niveau d'équipement régional qui a nettement augmenté depuis 2005 pour s'élever au niveau du taux d'équipement national. La région compte en janvier 2008 201 places d'accueil de jour, soit 1,21 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus. Ce taux d'équipement satisfaisant cache cependant de grandes disparités : si le département de l'Eure affiche un taux encore supérieur de 1,49 pour 1 000, il ressort de grandes disparités selon les territoires, comme l'indique la carte (cf. **ANNEXE I**).

Il s'avère que les centres de jour se sont surtout développés dans les zones urbaines et suburbaines de la région et du département. Aussi le PRIAC 2008-2012 a maintenu sa priorité de développement de centres de jour, soit la programmation de 30 places par an sur le département de l'Eure, mais avec le souci de rééquilibrer l'offre pour un niveau homogène d'équipement sur tous les territoires.

Le schéma départemental de l'Eure en faveur des personnes âgées, établi conformément aux dispositions de la Loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, est présenté au CROSMS en septembre 2006. Il fait donc logiquement le même constat, et présente ses priorités par territoire.

Le schéma départemental propose donc de favoriser la programmation de création de structures sur les territoires déficitaires du département, soit en fait l'ensemble du département à dominante rurale, excepté donc l'agglomération d'Evreux, ville chef-lieu du département et la ville de Bourg-Achard, située à la limite de la zone d'influence de Rouen, capitale régionale.

Dans ce cadre, la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD de l'établissement, selon les dispositions de la loi du 2 janvier 2002, est signée le 20 juillet 2007 et prévoit la création d'un centre d'accueil de jour à l'hôpital de Verneuil sur Avre (cf. **ANNEXE II**)

Le directeur de l'établissement a considéré que la prise en charge des personnes atteintes de détérioration intellectuelle ne reposait pas sur un projet individualisé et qu'il importait de renforcer la coordination du réseau gérontologique local. Le diagnostic établi et les fiches d'objectif de la convention sont donc validés par les autorités de tutelle, le Préfet et le Président du Conseil Général. Le directeur propose la création dans le cadre de la rénovation de l'établissement la création d'une unité d'hébergement et d'un centre de jour pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, alors que le territoire du sud du département en est dépourvu encore à cette date (cf. **ANNEXE I**).

Ainsi le projet de création d'un accueil de jour est présenté le 18 décembre 2008 au CROSMS. En début de séance, le projet est présenté par les rapporteurs de la DDASS et du Conseil Général qui défendent le projet. L'avis favorable est rendu le 15 janvier 2009 et on peut relever dans les considérants :

- Que le projet s'intègre à la politique départementale déclinée dans le schéma départemental,
- Que des places d'accueil ont été programmées dans le cadre du PRIAC,
- Que beaucoup de personnes atteintes de cette maladie sont à domicile et ne sont pas toujours prises en charge,
- Que ce type d'accueil facilite et prolonge le maintien à domicile et concourt à soulager les aidants,
- Que cet accueil de jour est le seul dans le bassin de vie de Verneuil sur Avre.

Cet avis sera suivi début janvier par l'autorisation de création de la structure, suivant un arrêté du préfet du département et par la notification de la décision de l'autorisation du Président du Conseil Général.

En réalité, la décision favorable était déjà acquise, puisque le directeur connaissait la décision de la commission permanente du Conseil général, datée du 8 décembre 2008, attribuant une subvention d'investissement de 28 000 € pour la future structure, dans le cadre du contrat de projet Etat région 2007-2013.

Il faut reconnaître que la responsable et le médecin inspecteur de la mission établissements et services ont eu une part active dans l'élaboration du projet, tel qu'il a été présenté au CROSMS. En effet, régulièrement, depuis la signature de la convention tripartite, le sujet a été abordé entre ces représentants du Conseil général et les membres de l'équipe de direction de l'établissement. L'inspecteur de la DDASS a durant cette période suivi l'évolution de l'enveloppe prévisionnelle du budget d'investissement.

Le projet présenté au CROSMS, était donc le fruit abouti d'une déjà longue concertation ayant porté sur l'organisation et le fonctionnement de la future structure.

Il est à noter que les CROSMS sont destinés à disparaître au 1^{er} janvier 2010 dans le cadre de la réforme de l'hôpital et la création des ARS. Des commissions consultatives, avec des représentants des usagers plus nombreux et des représentants des caisses d'Assurance Maladie devraient les remplacer.

3 UNE NOUVELLE STRUCTURE DEJA INSCRITE DANS UNE DYNAMIQUE D'EVOLUTION POUR S'ADAPTER AUX BESOINS

Le projet abouti de la nouvelle structure, tel qu'il a été validé par les autorités de tutelle, correspond à un modèle de service, inspiré des modèles de structures locales déjà existantes et respectueux du cahier des charges fixé par la circulaire du 30 mars 2005.

Toutefois, la phase de démarrage de l'activité de la structure montre une faible fréquentation. Il faut certes du temps pour que le service se fasse connaître de la population mais il apparaît que les besoins spécifiques de la population locale, majoritairement rurale, n'ont pas été appréciés dans certaines dimensions et qu'il subsiste des réticences de la part des aidants à confier leurs proches, malades, à une équipe professionnelle, dans un cadre extérieur au domicile.

Une approche complémentaire des besoins des personnes malades et de leurs aidants est dessinée impérativement, notamment avec l'aide des associations locales pour mieux cerner les besoins et apporter des réponses individualisées plus adaptées.

De plus, une communication renouvelée en direction des médecins généralistes est prioritaire si l'on veut favoriser l'entrée du malade dans le parcours de soins. La structure doit effectivement se positionner dans le réseau gériatrique local pour contribuer au bon déroulement de ces parcours de soins individualisés.

3-1 Le projet de la future structure, tel qu'il a été autorisé par les autorités de tutelle et réalisé

Le centre d'accueil de jour, d'une capacité de 12 places, est situé dans un pavillon dont l'établissement est propriétaire, dans un quartier résidentiel proche du centre ville. Il est donc destiné à accueillir des personnes vivant à domicile, souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, pour une ou plusieurs journées par semaine, selon le modèle départemental prôné.

Le centre est ouvert 5 jours sur 7 (du lundi au vendredi), de 9H à 17H.

La configuration des locaux est déterminante dans le projet thérapeutique et l'objectif social de la structure : Le placement du malade développant chez lui une anxiété et chez

l'aidant un sentiment de culpabilité, il est essentiel d'aménager les locaux afin de proposer un cadre rassurant, ressemblant à celui du domicile et de choisir un bâtiment proche du centre ville, ouvert sur la ville, permettant des sorties.

Ainsi, le centre est installé dans un pavillon de plain-pied, qui servait de logement de fonction, proche de l'hôpital et du centre ville. Le pavillon est mitoyen et le logement accolé appartient aussi à l'hôpital et pourrait faire l'objet de travaux d'aménagements ou d'agrandissement si le besoin se faisait sentir.

Les locaux sont spacieux, 130 m² sont les volumes sont délimités afin de réserver, en plus d'une grande salle, des espaces plus petits permettant des activités ou un repos en petit groupe ou pour une seule personne (cf. plan en **ANNEXE III**) :

- Un lieu de séjour servant également de zone d'activité en groupe
- Une zone de repos
- Une cuisine ouverte sur le séjour
- Une zone sanitaire
- Un espace de détente et de stimulation des sens
- Un espace de rangement
- Un bureau
- Une véranda
- Un jardin clos sécurisé qui a été aménagé afin d'offrir un espace de déambulation et nombreux parterres « à thèmes » puisque les plantations comptent 60 variétés de plantes. Ainsi le jardin a une pleine valeur thérapeutique, offrant un objet d'atelier mémoire portant sur les noms de variétés de plantes et justifiant la dénomination de la structure, « le jardin de la Pensée ».

Le personnel intervenant au centre d'accueil de jour est composé d'une équipe permanente et de professionnels hospitaliers présents ponctuellement.

L'équipe permanente est constituée d'une infirmière coordonnatrice et de 2 aides soignantes accompagnatrices

L'équipe est renforcée par le médecin gériatre présent pour l'équivalent de 0,2 temps plein (0,2 TP)

Le cadre infirmier pour 0,1 TP

La neuropsychologue pour 0,1 TP

Le kinésithérapeute pour 0,2 TP

L'équipe permanente, amenée à exercer dans un cadre relativement autonome, il est prévu un plan de formation professionnelle lui apportant des notions satisfaisantes en matière de sécurité alimentaire, de sécurité incendie, de sécurité routière en plus de la formation initiale et principale prévue sur les spécificités de la maladie d'Alzheimer et les priorités d'une prise en charge individualisée de qualité.

Il est souligné que l'équipe permanente comprend, au stade du projet, seulement 2 accompagnatrices car le budget prévisionnel de fonctionnement est basé sur une évaluation portant sur un taux de fréquentation de 69 %, soit sur 2020 journées (cf. **ANNEXE IV**).

Le budget d'investissement de la structure est basé sur une évaluation chiffrée à partir des devis transmis pour des travaux d'aménagements importants de 134 822 €, alors que la construction était évaluée à 120 000 €.

Le Conseil général, qui au préalable avait subordonné son autorisation à la limitation de l'enveloppe des travaux à 140 000 €, a octroyé une subvention d'investissement de 28 000 €. La DDASS a par ailleurs accordé une provision pour renouvellement d'immobilisations en dotation non reconductible de 70 000€ qui en application de l'article D-314-206 du CASF, représente une allocation anticipée d'une aide destinée à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les investissements et permet de limiter le recours à l'emprunt. De plus le coût d'un montant de 11 000€ de l'équipement des locaux, mobilier et matériels a été intégralement pris en charge par l'association locale Lions-Alzheimer qui s'y était engagée.

Si le budget d'investissement a trouvé des conditions très favorables de financement, avec un impact limité à 16 333 € sur les charges d'exploitations, il n'en reste pas moins vrai que le budget prévisionnel de fonctionnement est important puisqu'il porte au total sur 200 100 € de charges d'exploitation. Les frais de personnel représentent, de loin, la part la plus importante des dépenses de fonctionnement dans le budget prévisionnel, soit 147 600 € sur un total de 182 500 €.

En conséquence, le tarif journalier a finalement été arrêté à 30,94 € par le Président du Conseil général. Cette somme est le reste à charge que doit supporter la personne accueillie, indépendamment des aides sociales dont elle peut bénéficier par ailleurs, notamment l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Afin de donner un cadre aux règles de fonctionnement du nouveau service, il a été élaboré divers documents, tels que :

- Documents à destination du personnel
- Règlement intérieur de l'établissement applicable aussi dans le nouveau service
- Fiches de postes spécifiques aux nouveaux postes d'infirmière coordonnatrice, d'accompagnatrice et mise à jour de la fiche de poste du cadre de santé, du médecin, de la neuro-psychologue et des autres soignants intervenants dans le nouveau service
- Documents à destination des patients

Au moment de la demande d'admission, il est remis :

- La demande d'admission précisant succinctement les motifs de la demande et surtout indiquant le nom et la qualité du signataire (si le demandeur n'est pas le patient lui-même)
- La fiche médicale et la fiche d'autonomie qui doivent être remplies par le médecin prescripteur et renvoyées, par ses soins, au service
- Le règlement de fonctionnement du service
- Le dossier du projet d'accompagnement qui comprend une présentation détaillée des missions, de la démarche qualité du service, du protocole d'admission et un dossier de vie que le malade et ses proches vont remplir pour faire connaître les habitudes et le rythme de vie du patient. Ce document est complété à l'occasion de l'entretien d'admission du projet d'accompagnement proprement dit, c'est-à-dire le programme des activités proposées avec les indications détaillées de la prise en charge
- Le contrat d'accueil qui n'est certes pas obligatoire au regard des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 et n'a donc pas la même valeur que le contrat de séjour obligatoire d'un établissement de séjour, mais qui marque un engagement réciproque du patient et de l'équipe professionnelle. Ce contrat rappelle les conditions et les objectifs de l'admission, précise notamment les conditions financières et de résiliation de l'accueil. Ce document

est signé et doit préciser le nom et la qualité du signataire, s'il n'est pas le patient lui-même.

L'article L.311-4 du CASF prévoit qu'à toute personne admise dans un service médico-social est remis un livret d'accueil auquel sont annexés une charte des droits et des libertés de la personne accueillie, un règlement de fonctionnement défini à l'article L.311-7 du CASF et un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge dont le contenu minimal est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements.

Mais l'article D 311 du CASF ne fixe pas de contenu obligatoire pour les services d'accueil de jour. Néanmoins, du fait que le centre de Verneuil sur Avre soit rattaché à l'EHPAD, il nous apparaît fondé de proposer un contrat d'accueil (cf. **ANNEXE V**).

3-2 Les premiers chiffres sur l'activité

Les chiffres indiquent une faible activité de l'ordre de 20%, en juin 2009, soit 3 mois après l'ouverture du centre. Il ressort donc que 3, voire seulement 2 personnes par jour fréquentent le service et que 11 personnes au total ont demandé leur admission.

Cet indicateur est bien sûr décevant et même inquiétant si l'on se place du point de vue du gestionnaire.

Malgré tout le soin apporté à la communication en direction des médecins et des familles en moment de l'inauguration et de l'ouverture de la structure, il faut bien admettre que les résultats ne sont pas encore là.

Mais il n'est guère surprenant de voir l'activité de ce type de structure peiner à démarrer en zone rurale. Les autorités de tutelle qui ont effectivement décidé de doter tous les territoires d'un centre de jour en voulant réaliser un maillage satisfaisant même en zone rurale s'attendaient à un démarrage difficile. Les conséquences financières de ce début d'activité ont été tout de même anticipées.

Toutes les expériences relatées, tant par les accueils de jour déjà existants dans le département et pourtant favorisés par leur implantation dans un tissu urbain font état d'une phase de démarrage difficile (cf. **ANNEXE VI**).

Ce même constat est relevé dans un article reprenant la création d'un accueil de jour à côté de Mâcon²⁷. L'activité relevée était de 34% la première année pour augmenter jusqu'à 81% la sixième année avec une montée en charge progressive mais aussi des variabilités avec des causes poly-factorielles (cf. **ANNEXE VII**).

En attendant un taux d'activité satisfaisant qui permette un équilibre financier, il est essentiel de privilégier un financement en bonne partie subventionné les trois premières années.

Dans les faits, l'hôpital de Verneuil sur Avre a véritablement été choisi par les autorités de tutelle pour porter ce projet de structure, eu égard à sa solidité financière de son bilan comptable. Il est à noter que les accueils de jour qui ont ouvert ou qui vont ouvrir en 2009 sur le département sont tous adossés à des établissements publics : centres hospitaliers de Bernay, de Louviers ; hôpitaux locaux de Breteuil sur Iton, du Neubourg, des Andelys.

Le modèle d'une structure de statut public adossée à un établissement public a donc été retenu sur le département, dans les objectifs de faire porter le déficit budgétaire, non compensé intégralement par des subventions, par des établissements ayant des capacités financières suffisantes et aussi déjà intégrés dans un réseau gérontologique.

Il est essentiel de préciser qu'il n'y a là aucune défiance vis-à-vis des structures de statut associatif ; la grande majorité des établissements prenant en charge les personnes handicapées du département relèvent de ce statut.

D'ailleurs, les mouvements associatifs locaux sont impliqués dans le développement des accueils de jour et sont mis à contribution en tant qu'intermédiaires, dans la communication des structures à destination du public et des familles de malades.

Les associations constituent des partenaires privilégiés pour les structures en cela qu'elles connaissent bien la population locale de part les réseaux qu'elles tissent. Elles sont peut-être les mieux placées pour déterminer les spécificités de la population locale et aider le gestionnaire de la structure à asseoir sa stratégie pour présenter une offre la plus adaptée possible.

²⁷ La revue de gériatrie, mars 2008, tome 33 no 3, accueil de jour Alzheimer.

3-3 Les difficultés des familles

Les principales difficultés des familles portent sur le déni de la maladie et le coût élevé du service. Ce constat est établi tant par les associations que par les professionnels des structures visitées et l'équipe de l'hôpital de Verneuil sur Avre.

3-3-1 Le déni de la maladie

Le projet de soins du centre de Verneuil sur Avre s'attache à respecter le cahier des charges de ce type de structure et vise à capter des patients ayant bénéficié d'un dépistage précoce et souffrant de la maladie à des stades peu évolués et propose de les admettre au maximum 3 journées par semaine au début de la maladie puis seulement 2 puis une seule journée au fil de l'évolution de la maladie, avant l'entrée dans une structure adaptée d'hébergement.

Mais d'autres structures, moins nombreuses, font le choix d'admettre les personnes déjà à un stade avancé de la maladie pour 4 ou 5 journées par semaine en vue de la préparation à l'entrée dans une structure d'hébergement, adjacente à l'accueil de jour. Dans ce cas de figure, la vocation de stimulation et de maintien du lien social de la structure n'a évidemment plus sa raison d'être. Mais il faut admettre que cette formule d'offre de service aux familles de malades trouve son succès.

Cela oblige à reconsidérer le projet de soins en tenant compte du nombre peu élevé de personnes ayant bénéficié d'un diagnostic précoce, soit 5 personnes sur les 11 personnes malades recensées par le service.

Les personnes, qui n'ont ne sont pas diagnostiquées « maladie d'Alzheimer », sont des personnes désorientées et ont été admises après évaluation du médecin gériatre et de la neuro-psychologue. Bien sûr, la prise en charge vise en premier lieu à convaincre la famille et le malade de l'intérêt d'un diagnostic médical plus précis, au regard des troubles du comportement observés. Mais la réticence peut être forte et les professionnels ne peuvent pas se montrer trop insistants, car il convient de respecter la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, selon les termes de la loi du 4 mars 2002.

D'autre part, le médecin généraliste est le premier praticien confronté à la question du bénéfice véritable d'un diagnostic posé, en considérant le seul intérêt du malade²⁸.

²⁸ Gérontologie et société, décembre 2005 NO 115, p 117 à 133. La communication du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ; C. Derouesné.

En effet, l'ambiguïté de l'article 35 du Code de déontologie médicale laisse le médecin apprécier en conscience les conditions de la délivrance des informations médicales au malade en fonction de sa personnalité et de sa capacité de compréhension. Il est précisé qu'un diagnostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection et que les proches doivent être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation.

Quelques études ont montré que la grande majorité des aidants souhaitent connaître le diagnostic et préfèrent ne pas le communiquer au patient lui-même²⁹. Les principales raisons invoquées sont la peur d'entraîner des réactions de catastrophe, l'absence de compréhension de la part du patient et donc une absence de bénéfice à communiquer le diagnostic, avec le désir de protéger le patient d'une réaction dépressive vu le pronostic de l'affection et son image sociale.

De fait, l'attitude observée des médecins généralistes dénote de leur part une grande réticence à intégrer leurs patients dans le parcours de soins qui doit les mener du diagnostic posé à la prise en charge. Les médecins rencontrés conviennent de cet état de fait et l'expliquent par leur situation de « médecin de famille en zone rurale », médecin qui connaît bien la famille et qui redoute de l'entraîner vers de douloureux bouleversements. Ainsi, aucun malade fréquentant le centre de jour n'a été « adressé » par son médecin généraliste, les demandes d'admission sont toutes l'objet d'initiatives des familles. Pour les patients qui n'ont donc pas été diagnostiqués « maladie d'Alzheimer », la famille présente alors le centre comme un endroit où l'on rééduque la mémoire et où l'on soigne les troubles de la mémoire, certes ceux liés à la maladie d'Alzheimer mais aussi, plus généralement, ceux liés à des maladies assimilées, selon une dénomination que l'on peut garder volontairement très vague.

Ainsi le déni de la maladie, surtout à un stade précoce est une attitude fréquente chez les aidants rencontrés et les médecins généralistes, de part leur proximité avec les familles, ne sont pas forcément les praticiens les mieux placés pour s'opposer à ce déni.

De plus, malgré les efforts de communication, l'image sociale de la maladie reste négative. En lisant un article de la presse locale, reprenant la présentation de l'avancement des travaux du centre d'accueil de jour de Verneuil sur Avre, nous avons pu jugé du caractère anxiogène du titre de l'article : « la maladie d'Alzheimer gagne du terrain en Haute-Normandie ».

²⁹ ETUDE Maguire c.p et autres, family members'attitudes toward telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis.BMJ 1996 ;313 :529-30

3-3-2 le coût du service

Le reste à charge journalier est de 30,94 €, correspondant au tarif hébergement et dépendance. Finalement, le Conseil général a choisi d'établir un tarif unique indépendamment de l'évaluation de la personne selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) car l'évaluation des personnes désorientées est imprécise du fait même de l'absence fréquente de diagnostic médical portant sur les troubles du comportement.

Cette contribution du patient est élevée car si toutes les personnes fréquentant le centre bénéficient de l'APA, il s'avère que les plans d'aide montés avant l'attribution de l'aide n'intègrent pas sur le département le service et son coût de l'accueil de jour. La politique du département consiste à ne pas modifier les plans d'aide déjà existants et à ne pas prévoir dans les nouveaux plans d'aide les services d'accueil de jour. Au niveau national il existe un barème qui fixe un montant maximum du plan d'aide attribuable, qui dépend du degré de dépendance de la personne. De plus, pour le bénéficiaire de l'APA à domicile, il est prévu un ticket modérateur, une participation financière laissée à sa charge, calculée selon ses revenus.

Il faut noter, selon les statistiques de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) du ministère de la Santé que les montants moyens des plans d'aide valorisés par GIR (Groupe Iso-Ressources) étaient en décembre 2007 inférieurs de 28 % aux plafonds nationaux fixés par le législateur pour l'APA (contre 26 % en décembre 2006). Ainsi, parmi l'ensemble des bénéficiaires vivant à domicile, 74 % ont acquittés un ticket modérateur, soit près de 490 000 personnes, celui-ci atteignant 111 € en moyenne.

La personne, responsable de l'UTAS (Unité Territoriale d'Action Sociale) du secteur de Verneuil sur Avre, ne dispose pas de marges budgétaires permettant de proposer un abondement de l'APA pour les personnes désirant bénéficier des services des nouveaux centres d'accueil de jour. En fait, le plan d'aide est apprécié en fonction des besoins d'aide à domicile de la personne. Si la personne souhaite bénéficier des services extérieurs d'un accueil de jour, elle peut choisir de diminuer le nombre d'heures d'aide à domicile pour financer le tarif journalier du centre d'accueil de jour. Ces centres étant autorisés, la dépense est justifiée et la permutation avec une dépense d'aide à domicile est acceptée par le Conseil général.

En conséquence, la personne fréquentant l'accueil de jour ne bénéficie pas pour l'instant d'une incitation sous forme d'aide financière du Conseil général et le reste à charge est

élevé pour des personnes qui sur le territoire sont nombreuses à appartenir aux catégories socioéconomiques des petits agriculteurs et ouvriers.

3-4 Le rôle des associations locales

Sur le territoire sanitaire, deux associations sont à l'œuvre pour soutenir les malades et leurs familles.

Le projet conduit par l'hôpital a été soutenu par les associations qui ont d'une part remis des fonds pour financer l'équipement de la structure et continuent d'autre part leur mission d'information auprès des familles et du public.

Maintenant que la structure est créée, la direction de l'hôpital a souhaité conforter le rôle de ces associations en leur proposant la création d'une association « les amis du Jardin de la pensée » afin de pouvoir faire entrer les bénévoles dans la structure et favoriser les échanges avec les personnes malades, au moment des sorties notamment.

Les associations sont des relais d'informations, voire des relais d'opinion dans la cité et dans les campagnes : cette évidence est relevée par l'ensemble des équipes professionnelles qui recommandent aux personnels des structures nouvellement créées de s'appuyer utilement sur elles.

3-5 La nécessaire intégration de la structure dans la filière gériatrique locale

Il convient bien sûr de commencer par tisser des liens avec les structures les plus proches, comme l'EHPAD de l'établissement et les structures avec lesquelles des liens ont déjà été tissés et des conventions signées.

Si l'on considère les indications de la circulaire du 30 mars 2005, il faut souligner que le cahier des charges des structures d'accompagnement et de répit prévoit que dans ce type de services puissent être admises aussi, des personnes âgées dépendantes de souffrant pas de la maladie d'Alzheimer. Il est de plus précisé que le projet de la structure doit prévoir une organisation spécifique, permettant de répondre au plus près des besoins de chacun. Les personnes les plus valides ne doivent pas avoir à souffrir de la cohabitation avec des personnes au comportement parfois perturbant pour elles et, a contrario, les personnes atteintes de détérioration intellectuelle doivent pouvoir bénéficier de toute l'attention nécessaire.

Ainsi, l'accueil de jour pourrait accueillir, dans cette période de faible affluence, sans remettre en cause son objet principal, d'autres catégories de personnes, outre les personnes ayant été diagnostiquées « maladie d'Alzheimer ».

Le médecin gériatre de la structure a effectivement choisi d'admettre deux personnes souffrant de troubles du comportement peu prononcés, séquelles d'AVC. Pour le moment, l'organisation du service permet de réserver une journée pour l'accueil de ces personnes.

Il a été indiqué aux familles que la structure ne pouvait pas garantir leur accueil à moyen terme, d'autant que le forfait soins que reçoit l'hôpital correspond à des places réservées à des malades relevant de pathologies bien spécifiées.

Il aurait été difficile d'opposer un refus catégorique à des familles en détresse s'adressant à un service peu occupé ; l'effet en terme de communication aurait été désastreux, d'autant qu'il n'existe aucune autre structure médico-sociale de proximité à proposer.

- La filière gériatrique interne :

Il a été toutefois décidé d'ouvrir le centre à d'autres personnes afin de faire profiter des malades d'un service en état de fonctionnement et de ne pas décourager le personnel.

En conséquence, s'appuyant sur la communication du cahier des charges des PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) en mai 2009 qui prévoient des structures accueillant dans la journée des résidents de l'EHPAD, ayant des troubles du comportement modérés, sur le même modèle que celui des accueils de jour, le médecin gériatre a jugé favorablement la possibilité d'accompagner certains résidents de l'EHPAD du pôle gériatrique de l'hôpital.

La seule différence réside dans le recrutement interne à l'EHPAD des PASA, alors que les accueils de jour fonctionnent sur un recrutement extérieur de malades résidant toujours à domicile. De fait, même si ce cahier des charges des PASA n'a pas encore fait l'objet d'une circulaire (à l'étude), la direction a donné son accord pour favoriser la prise en charge de certains résidents de l'EHPAD, de manière épisodique pour l'instant, dans les locaux et par l'équipe du centre d'accueil.

- la filière gériatrique externe :

Le cahier des charges de la circulaire du 30 mars 2005 prévoit expressément l'intégration de la structure dans la filière gériatrique locale : il est primordial que l'accueil de jour et l'hôpital soient en relation étroite avec les consultations mémoires les plus proches.

Malheureusement, les consultations les plus proches sont à Evreux et le délai d'attente est de deux mois avant une première consultation.

La direction de l'hôpital a choisi de consolider sa relation avec le centre hospitalier de Dreux, en développant une consultation mémoire dans le service des consultations externes. L'ouverture de cette consultation était prévue au premier trimestre 2012, à la mise en service du nouvel hôpital.

Mais les difficultés de recrutement des malades et l'heureuse opportunité offerte par l'arrivée d'un nouveau médecin neurologue ont convaincu de l'anticipation de l'ouverture de la consultation en septembre 2009.

Cette collaboration devrait déboucher très vite sur une convention favorisant l'hospitalisation de jour au centre hospitalier de Dreux des malades afin de réaliser un bilan neurologique complet.

3-6 Une communication à renouveler en direction des personnes malades et de leurs familles

La communication qui a surtout été axée sur l'ouverture du centre d'accueil et les nouveaux services offerts aux malades et à leurs familles doit maintenant avoir comme priorité la reconnaissance des besoins des malades et de leurs proches.

Pour mieux atteindre les malades et leurs proches, l'équipe doit pouvoir s'appuyer sur les relais que sont les associations, les acteurs de l'UTAS au Conseil général et les médecins traitants.

Les associations sont effectivement des relais auprès des familles et sont aussi prêtes à jouer un rôle auprès du Conseil Général afin qu'il soutienne financièrement, par une revalorisation des plans d'aide de l'APA, les familles.

Les contacts pris par la direction de l'hôpital avec l'UTAS ont permis de présenter un premier bilan établi par l'assistante sociale de l'hôpital qui met en lumière les difficultés

financières des familles et les difficultés fréquentes à constituer des dossiers pour la révision du plan d'aide de l'APA.

L'hôpital s'est engagé à recruter une assistante sociale supplémentaire, en temps partagé avec les autres hôpitaux locaux du territoire pour offrir aux familles des informations fiables d'ordre administratif sur leurs droits en matière d'allocations.

L'UTAS a décidé l'organisation à l'automne 2009, d'un colloque sur le thème du bien vieillir avec de nombreuses manifestations à Verneuil sur Avre. Il est prévu des interventions sur des sujets très variés, dont la maladie d'Alzheimer bien sûr, avec une exposition de la maladie sans heurter le public.

Les médecins traitants sont évidemment les relais d'informations les plus proches des malades. Les médecins généralistes sont à même d'inciter leurs patients à entrer dans le parcours de soins en vue d'un diagnostic et d'une prise en charge médico-sociale de la maladie d'Alzheimer.

S'ils sont convaincus eux-mêmes des bienfaits de la prise en charge en centre d'accueil de jour, alors ils sauront convaincre leurs patients et les adresser, en confiance, au centre d'accueil de jour.

CONCLUSION

Malgré l'attention portée dès la conception du projet aux freins identifiés par les autres équipes professionnelles sur les structures déjà existantes, le centre d'accueil de jour de l'hôpital de Verneuil sur Avre rencontre les mêmes problèmes : le démarrage de l'activité de la structure est timide et il est difficile de convaincre les médecins généralistes d'un côté et les familles de l'autre du bénéfice que pourrait tirer le malade de la fréquentation du centre.

La maladie engendre une attitude de déni dans un premier temps et de fatalisme dans un second temps : il est difficile de présenter le centre d'accueil de jour comme un lieu de vie offrant un environnement protecteur et stimulant pour le malade.

La mise en place de la consultation mémoire a été rapidement décidée et avancée par rapport au calendrier initial qui prévoyait son ouverture dans les locaux du nouvel hôpital, en réponse à la difficulté constatée du recrutement des malades.

Toutefois, il faut se montrer patient ; il faut laisser le temps au service le temps d'éprouver ses modes d'organisation et de fonctionnement, qu'il n'est pas question de modifier en profondeur à l'heure actuelle.

La structure fait partie du pôle gériatrique de l'hôpital : la mise en place d'un parcours de soins au sein même de l'établissement est prévue et sera une réalité dès la livraison des nouveaux locaux de l'hôpital en janvier 2012. Les trois places d'hébergement temporaire prévues devraient notamment favoriser le recrutement des malades.

A court terme, la direction mise sur une communication appuyée sur ses relais traditionnels que sont les associations et les médecins généralistes pour toucher les personnes malades et leurs familles ainsi que pour faire connaître puis apprécier le service.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont un enjeu de santé publique. Ces maladies sont la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et la cause majeure d'entrée en institution, d'ailleurs le plus souvent à un stade avancé de la maladie. Ces maladies engendrent une dépendance physique, intellectuelle et sociale majeure du malade et réduisent son espérance de vie avec une survie moyenne estimée à cinq ans à partir de l'établissement du diagnostic.

Les pouvoirs publics ont pris la mesure de ces retentissements sur les malades et leurs entourages et ont lancé les plans nationaux Alzheimer. Puis il est revenu aux autorités sociales locales de mettre en œuvre ces plans.

Ainsi, la programmation régionale a prévu, en outre, de pourvoir chaque territoire de santé d'un accueil de jour, soit six structures sur 18 mois, faisant un pari sur l'avenir, au regard des besoins qui vont s'exprimer.

Ce pari repose aussi en partie sur l'équipe professionnelle et la direction de l'hôpital qui doivent faire correspondre cette action avec les attentes de la population locale pour donner à l'orientation nationale du plan un ancrage dans la réalité sociale du territoire.

Il reste que l'équipe professionnelle doit prendre en considération les attentes de la population locale pour rendre attractive la nouvelle structure et encourager les aidants à lui confier leurs proches.

Bibliographie

ARTICLES DE PERODIQUES

C Helfner. Des accueils de jour pour se ressourcer. Actualités sociales hebdomadaires, 3 mars 2006, no 2445, p 53-54.

P MENECIER, C Arezes, S Garnier Carronnier, L Menecier-ossia, M Guillermet, D Rebourgeon, L Ploton. Accueils de jour Alzheimer. La revue de gériatrie, 2008 fascicule 3, volume 33, p 207-217.

R Moulias. Commentaires sur le rapport Ménard. Gérontologie. 2008, fascicule 146, p 7-33.

G Vartanian, S BONIN-GUILLAUME, C Meilac, V Tomasini, V Antognella . L'accueil de jour Alzheimer : espace de vie, espace social, espace de soins. Revue hospitalière de France, novembre-décembre 2004, no 501, p 62-66.

OUVRAGES

C .Delamarre. ouvrage collectif, démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de maladie d' Alzheimer ou apparentée. Editions Dunod, 2007. 222p.

G.Demoures. ouvrage collectif, prise en soin du patient Alzheimer en institution. Editions Masson 2006. 240p.

m-j Guisset-martinez. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés : nouvelle donne. Editions Fondation Méderic Alzheimer, 2006. 167 p. Collection repères pour les pratiques professionnelles.

E Hisch. Ouvrage collectif, repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : éthique, soin et société. Editions Vuibert, 2007. 255p. Collection espace éthique.

M Khosravi. La vie quotidienne du malade d'Alzheimer : guide pratique. Editions Doin, 2006.180 p.

MEMOIRES

A-c Bossard : la création de huit places d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés à l'hôpital local de Brie-comte-robot. Ensp 2006.

A Leroux : améliorer l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Le projet d'ouverture d'une unité dédiée : un contexte porteur. Ensp 2007.

Mémoire collectif/ module interprofessionnel de santé publique groupe 7 : l'accueil et l'accompagnement des personnes atteints de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. Ensp 2007.

TEXTES JURIDIQUES :

LOIS

Loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi no 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

DECRETS

Décret no 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret no 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (ehpad).

Décret no 2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport pour les accueils de jour rattachés à un EHPAD.

CIRCULAIRES

Ministère de l'emploi, de la solidarité, de l'organisation des soins : circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A NO 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Ministère de la santé, de la protection sociale et de la solidarité : circulaire

DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C NO 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

PLANS

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

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. 1^{ER} février 2008, 84 p.

Région Haute-Normandie. Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2008-2012. Consultation le 30 janvier 2009 du site <http://haute-normandie.sante.gouv.fr>.

Schéma départemental en faveur des personnes âgées, département de l'Eure. septembre 2006, 104 p.

ETUDES

Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Rapport au Président de la république remis le 8 novembre 2007, 118 p.

Observatoire régional de la santé, région Haute-Normandie. Indicateurs sanitaires et sociaux, portrait par pays, pays d'Avre et d'Iton, septembre 2006, 18 p.

Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles : diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : argumentaire. Mars 2008, 90p.

SITES INTERNET

Association France Alzheimer : vivre avec la maladie. <http://www.francealzheimer.org>

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : <http://www.cnsa.fr>

Ehesp : fondation de coopération scientifique Alzheimer adossée à l'Ehesp, l'Inserm et la CNSA ; actions sciences humaines et sociales 2009.site <http://www.ehesp.fr>.

FILM

ehpad de Carrouges, orne : la maison des sens. 40 min.

Liste des annexes

- **ANNEXE I : CARTE REGIONALE DE L'OFFRE DE L'ACCUEIL DE JOUR-
INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES – INDICATEURS D'OFFRE DE SOINS-
INDICATEURS D'OFFRE MEDICO-SOCIALE**

- **ANNEXE II : CONVENTION TRIPARTITE-FICHE D'OBJECTIFS**

- **ANNEXE III : PLAN DU CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR DE VERNEUIL SUR
AVRE**

- **ANNEXE IV : BUDGET PREVISIONNEL DE FONCTIONNEMENT**

- **ANNEXE V : CONTRAT D'ACCUEIL**

- **ANNEXE VI : GRILLES D'ENTRETIENS-ACTEURS D'ACTION SOCIALE-
PERSONNEL SOIGNANT**

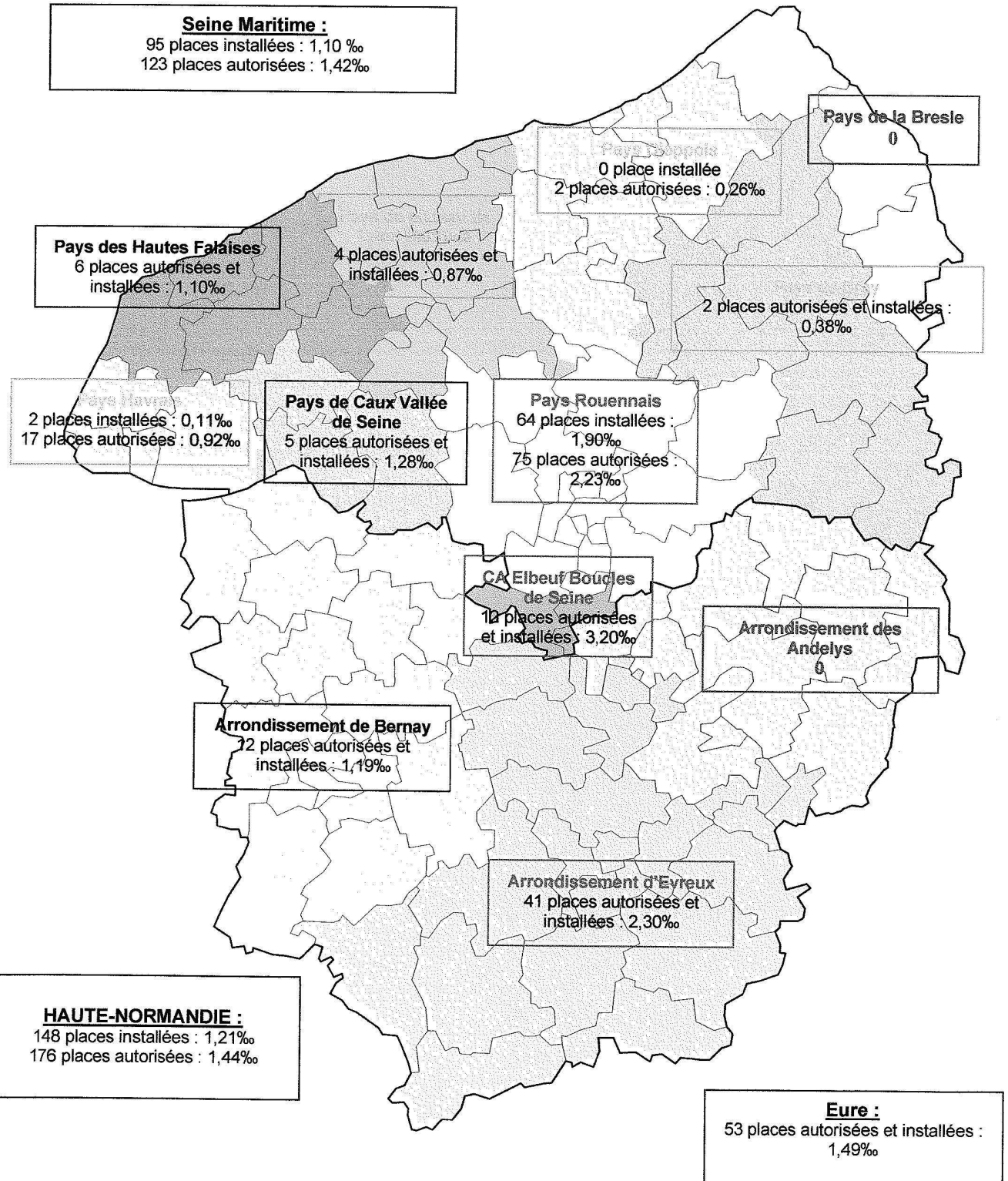
- **ANNEXE VII : TABLEAU DE MONTEE EN CHARGE DE L'ACTIVITE D'UN
ACCUEIL DE JOUR (PRIS EN EXEMPLE DANS L'ARTICLE DE LA REVUE DE
GERIATRIE MARS 2008 TOME 33 N°3)**

ANNEXE I

**CARTE REGIONALE DE L'OFFRE DE L'ACCUEIL DE JOUR-
INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES – INDICATEURS
D'OFFRE DE SOINS-INDICATEURS D'OFFRE MEDICO-
SOCIALE**

L'Offre d'Accueil de Jour Alzheimer – exprimée en nombre de places et taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

Cartographie : DRASS de Haute-Normandie – Janvier 2008



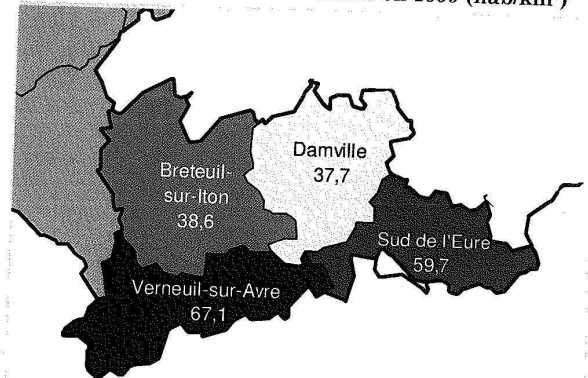
INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Une densité de population dans le pays d'Avre et d'Iton inférieure à la moyenne régionale

Avec plus de 1 780 400 habitants au dernier recensement de la population, soit 3 % de la population nationale, la Haute-Normandie se place au 13^{ème} rang des régions de France métropolitaine les plus peuplées. La Haute-Normandie fait partie des régions les plus urbanisées avec deux agglomérations de taille importante, situées toutes deux en Seine-Maritime : Rouen et Le Havre qui comptent respectivement une densité de 1228 hab/km² et une densité de 1338 hab/km². Dans sa globalité, la région présente une densité de population de 145 habitants au km² contre 108 en moyenne en France métropolitaine.

Le pays Avre-et-Iton est le dixième pays présentant la densité la plus élevée (49,2 hab/km²) parmi les onze de Haute-Normandie. Cette densité est plus faible que la densité globale de la région. La communauté de communes du pays la plus densément peuplée est la CC de Verneuil-sur-Avre (67,1 hab/km²) et la moins densément peuplée est la CC du pays de Damville (37,7 hab/km²).

Densité de population du pays par communauté de communes en 1999 (hab/km²)



Source : INSEE - RP 1999 expl. principale

Un important dynamisme démographique du pays

Le taux de variation annuel moyen de la population du pays Avre-et-Iton entre les deux derniers recensements de la population a été plus élevé qu'aux plans régional et national : 0,59 % contre respectivement 0,27 % et 0,36 %.

Evolution de la population entre les deux recensements (1990-1999)

	Pays Avre-et-Iton	Haute-Normandie	France métropolitaine
Population au RP 99	35 697	1 780 439	58 520 688
Taux de variation annuel moyen (%)	0,59	0,27	0,36
Solde naturel (%)	0,12	0,47	0,35
Solde migratoire (%)	0,48	-0,20	0,01

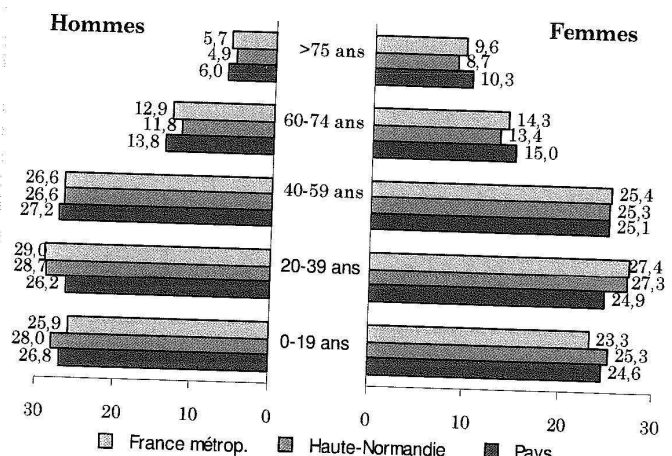
Source : INSEE - RP 1990 et 1999 expl. principale

Une population plus âgée qu'en Haute-Normandie

Les jeunes de moins de 20 ans représentent plus du quart de la population régionale soit une proportion supérieure à celle observée en moyenne en France (respectivement 26,6 % contre 24,6 %). Entre 20 et 60 ans, la répartition de la population haut-normande reste très proche de la France. C'est à partir de 60 ans qu'apparaissent de nouveau des différences avec des proportions de personnes plus âgées moins importantes dans la région qu'en France.

Le Pays Avre-et-Iton présente quant à lui une population plus jeune que celle observée en moyenne en France métropolitaine : 25,7 % de la population domiciliée dans le pays a moins de 20 ans contre 24,6 % pour la France métropolitaine. Cependant ce taux est moins élevé qu'au plan régional. En ce qui concerne les personnes de plus de 60 ans, elles sont 22,6 % dans le pays soit plus qu'aux plans régional (19,5 %) et national (21,3 %).

Répartition (en %) de la population par grands groupes d'âge en 1999



Source : INSEE - RP 1999 expl. principale

INDICATEURS D'OFFRE DE SOINS

Soins de ville

Les projections du nombre de médecins à l'horizon 2025 effectuées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) confirment la baisse importante du nombre de professionnels. En effet, sous certaines hypothèses (numerus clausus, comportement de choix de filière, d'installation et de départ à retraite constant), la France devrait voir à l'horizon 2025 son nombre de médecins pour 100 000 habitants baisser de 15,6%, retrouvant ainsi un niveau proche de celui du milieu des années 1980. La Haute-Normandie affiche dès à présent une densité d'offre médicale en deçà de la moyenne nationale. 100,0 médecins généralistes, 60,8 spécialistes et 73,1 infirmiers sont recensés pour 100 000 habitants contre respectivement 116,3, 89,8 et 103,8 en France métropolitaine. Les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les chirurgiens-dentistes sont également sous-représentés en Haute-Normandie comparativement à la France métropolitaine.

À l'exception des infirmiers, le pays Avre-et-Iton présente une densité d'offre médicale inférieure à la moyenne régionale. Comparativement aux autres pays haut-normands, le pays Avre-et-Iton affiche l'offre de médecins généralistes libéraux la plus faible. De même, l'offre de médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes est faible dans le pays d'Avre et d'Iton, positionnant respectivement ce dernier en 6^{ème}, 8^{ème} et 10^{ème} place. Le pays Avre-et-Iton se positionne par contre favorablement pour la densité d'infirmiers, se plaçant en 3^{ème} position des pays les mieux dotés.

Avec 58,1 infirmiers et 24,4 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, le pays Risle-Charentonne présente les plus faibles densités d'offre de ces professionnels. Le pays Havre Pointe de Caux Estuaire enregistre quant à lui la proportion de masseurs-kinésithérapeutes la moins élevée des pays de la région.

À l'inverse, ce dernier enregistre les meilleures densités de médecins généralistes et spécialistes. L'offre d'infirmiers est la plus importante dans le pays des Hautes Falaises, celle des masseurs-kinésithérapeutes dans le pays de Caux Vallée de Seine et celle des chirurgiens-dentistes dans le pays du Roumois.

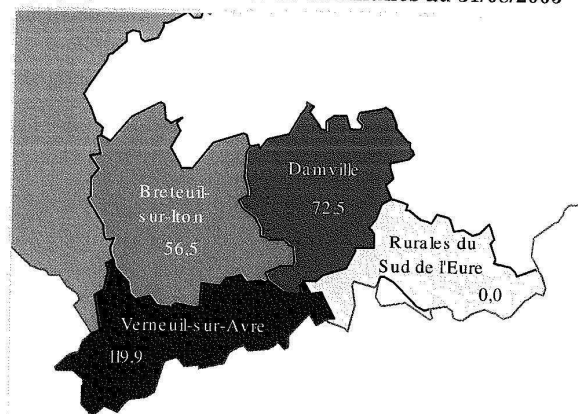
La communauté de communes du pays Avre-et-Iton dont la densité de médecins généralistes est la plus élevée est la CC du pays de Verneuil-sur-Avre et celle possédant le taux le moins élevé est la CC Rurales du Sud de l'Eure. Cette dernière se caractérise également par la densité d'infirmiers la moins élevée (à l'inverse, la CC du canton de Breteuil-sur-Iton est la mieux dotée). Il faut toutefois nuancer cette faible densité ; la communauté de commune Rurales du Sud de l'Eure ainsi que le pays Avre-et-Iton ne comprennent pas administrativement la commune de Nonancourt. 3 médecins libéraux sont domiciliés dans cette commune, relativisant de ce fait la faible offre de ces professionnels dans le secteur.

Nombre et densité de professionnels de santé libéraux au 31/08/2005

		Nombre	Densité pour 100 000 hab
Pays Avre-et-Iton	Médecins généralistes	23	64,4
	Médecins spécialistes	10	28,0
	Infirmiers	30	84,0
	Masseurs-kinésithérapeutes	9	25,2
	Chirurgiens-dentistes	9	25,2
Haute-Normandie	Médecins généralistes	1 780	100,0
	Médecins spécialistes	1 083	60,8
	Infirmiers	1 301	73,1
	Masseurs-kinésithérapeutes	876	49,2
	Chirurgiens-dentistes	662	37,2
France métrop.*	Médecins généralistes	68 053	116,3
	Médecins spécialistes	52 531	89,8
	Infirmiers	60 720	103,8
	Masseurs-kinésithérapeutes	46 081	78,7
	Chirurgiens-dentistes	37 810	64,6

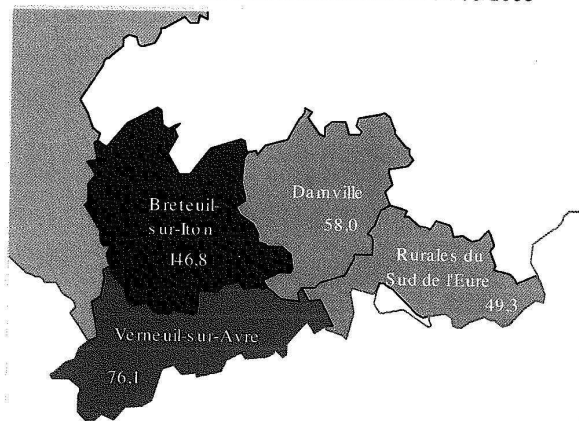
Sources : DRASS, DDASS, INSEE - RP 1999 expl. principale
 * au 31/12/2003

Densité de médecins généralistes installés dans le pays par communauté de communes au 31/08/2005



Sources : DRASS, DDASS, INSEE - RP 1999 expl. principale

Densité d'infirmiers libéraux installés dans le pays par communauté de communes au 31/08/2005



Sources : DRASS, DDASS, INSEE - RP 1999 expl. principale

INDICATEURS D'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

Equipements médico-sociaux Hébergement pour personnes âgées

La Haute-Normandie présente un taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées en fin d'année 2005 supérieur à la moyenne nationale. Avec plus de 25 000 places installées dans les différentes structures d'hébergement (permanent ou temporaire), la région dispose d'un taux d'équipement de 203,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 132,5 en France métropolitaine.

En ce qui concerne le pays Avre-et-Iton, le taux d'hébergement est de 271,0 pour 1 000 soit un taux nettement supérieur aux taux régional et national. Le taux d'hébergement concernant l'ensemble des pays de la région est de 209,4 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ainsi le pays Avre-et-Iton se place au 3^{ème} rang des pays les plus « riches » en structures d'accueil pour personnes âgées. Le pays possédant le plus de structures d'accueil pour personnes âgées est le pays Entre Seine-et-Bray (293,3 p.1 000). A l'inverse, le pays possédant le moins de structures d'accueil pour personnes âgées est le pays Risle-Estuaire (157,1 p.1 000).

Le pays Avre-et-Iton se situe au 6^{ème} rang en termes d'équipement en accueil de jour, SSIAD et SLD. Le pays en 1^{ère} position pour cet indicateur est le pays Havre Pointe de Caux Estuaire (48,5 pour 1 000). Le pays Entre Seine-et-Bray est quant à lui le moins bien équipé en accueil de jour, SSIAD et SLD (13,7 places p. 1 000).

Equipements médico-sociaux Accueil enfance et jeunesse handicapées

Malgré une politique volontariste en faveur de l'intégration scolaire conduite depuis une quinzaine d'années, la place des établissements spécialisés reste prédominante dans la prise en charge des enfants et adolescents handicapés.

Au 31 octobre 2005, 91 établissements proposant plus de 4 600 lits pour enfants handicapés et près de 900 places en SESSAD sont implantés dans la région, dotant ainsi la Haute-Normandie d'une capacité d'accueil de 9,8 places pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans, soit un taux d'équipement supérieur à celui observé en France métropolitaine au 31/12/2003 (9,0 places pour 1 000).

Le pays Avre-et-Iton avec plus de 100 lits pour enfants handicapés et 30 places en SESSAD présente un taux d'équipement pour enfance et jeunesse handicapées supérieur à celui observé en moyenne en Haute-Normandie et dans l'ensemble des pays : respectivement 14,6 places pour 1 000 contre 9,8 dans la région et 10,3 dans l'ensemble des pays.

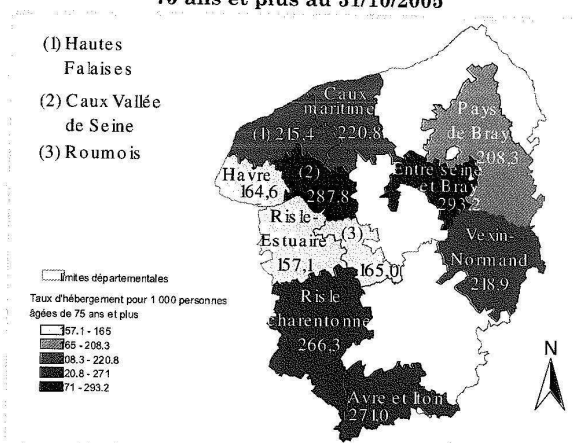
ORS Indicateurs sanitaires et sociaux en Haute-Normandie
Portrait par Pays
Pays Avre-et-Iton

Les structures d'accueil pour personnes âgées Nombre et taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31/10/2005

Nombre de lits, places	Pays Avre-et-Iton	Ensemble des pays
Maison de retraite	613	8 134
Logement foyers	180	4 210
Hébergement temporaire	0	34
Accueil de jour	0	2
SSIAD	79	1 114
Soins de Longue durée	0	1 016
Taux d'hébergement ⁽¹⁾	271,0	209,4
Position par rapport aux pays	3/11	
Taux d'équipement en accueil de jour, SSIAD et SLD	27,0	36,1
Position par rapport aux pays	6/11	

Sources : DRASS, DDASS, INSEE - RP 1999 expl. principale
⁽¹⁾ lits de maisons de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergement temporaire.

Hébergement⁽¹⁾ pour personnes âgées par pays Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31/10/2005



Sources : DRASS, DDASS, INSEE - RP 1999 expl. principale

Les structures d'accueil pour enfance et jeunesse handicapées - Nombre de lits et taux pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans au 31/10/2005

Nombre de lits, places	Pays Avre-et-Iton	Ensemble des pays
Déficients mentaux	74	1 278
Polyhandicapés	30	190
Troubles du comportement	0	295
Handicapés moteurs	0	150
Déficients sensoriels	0	60
SESSAD ⁽¹⁾	30	362
Taux d'équipement global pour 1 000 personnes	14,6	10,3
Position par rapport aux pays	5/11	

Sources : DRASS, DDASS, INSEE - RP 1999 expl. principale
⁽¹⁾ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

ANNEXE II

**CONVENTION TRIPARTITE-FICHE D'OBJECTIFS CONVENTION
TRIPARTITE-FICHE D'OBJECTIFS**

012

FICHE D'OBJECTIF 1C

RESTRUCTURATION

Objectifs :

Améliorer la qualité de vie des résidents et mieux répondre aux besoins plus spécifiques de la population âgée du secteur atteinte de la Maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés dans le cadre de la restructuration de l'Etablissement.

OBJECTIF à atteindre :

Offrir aux personnes âgées accueillies à titre temporaire, de jour ou permanent, une structure adaptée, tant en terme de confort, d'espace, respect de la dignité que d'accompagnement et de soins spécifiques au maintien de leur autonomie

MODALITES de mise en œuvre :

- **Restructuration des lits d'hébergement :**
 - 2008 -2009, - réalisation d'une unité Alzheimer de 25 lits
 - création de 3 lits pour hébergement temporaire (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)
 - création d'une structure d'accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés (en 2008, structure provisoire de 6 lits dans locaux existants)
 - 2010 - 2012, - suppression des 4 chambres à 3 lits
 - réduction du nombre de chambres à 2 lits (de 56 chambres à 21) et rénovation (avec douche dans chaque chambre)

Echéancier et Moyens à mobiliser :

- juillet 2007, lancement du concours d'architecte
- 2nd semestre 2008, début des travaux neufs
- 2010, fin de la construction de 28 lits (25 lits + 3 temporaires) et à l'issue de celle ci, début de la restructuration interne (→2012) par « opérations tiroirs »

MODALITES de suivi : Respect de l'échéancier des différentes étapes

INDICATEURS D'EVALUATION :

% de chambres seules
Respect du coût d'objectif

INCIDENCES FINANCIERES :

- travaux EHPAD : 14 718 825 € (valeur 01/2007) avec parties communes au secteur sanitaire
- travaux Centre de Jour : 285 000 €
- équipement EHPAD : 431 140 €
- équipement mobilier Centre de jour : 30 000 €

Le 5 mai 2009 - Fiche objectif en complément des fiches précédemment rédigées

FICHE D'OBJECTIF 2

QUALITE DES SOINS

Objectifs :

Adapter les conditions de prise en charge spécifiques des personnes atteintes de détérioration intellectuelle.

Problématique actuelle : les deux services accueillent et prennent en charge 24 heures sur 24 les personnes qui présentent une détérioration intellectuelle (50% de la population accueillie), mais il n'existe pas d'accueil, ni d'espace spécifique pour cette prise en charge. En l'absence de projet spécifique, les résidents présentant une détérioration intellectuelle perturbent les autres résidents qui se sentent en insécurité.

OBJECTIF à atteindre :

Offrir aux personnes souffrantes de détérioration intellectuelle, une structure adaptée, un accompagnement et des soins spécifiques nécessaires au maintien de leur autonomie, dans le respect de leur dignité.

MODALITES de mise en œuvre :

- Etude de la faisabilité du projet dans le cadre de la restructuration
- Etude des moyens nécessaires (équipement, personnel)
- Formation du personnel volontaire
- Recrutement de personnel médical et paramédical
- Ouverture d'une unité spécialisée (20 lits)
- Création de structure d'accueil temporaire, ou d'accueil de jour

Echéancier et Moyens à mobiliser :

2005, constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (médecin, équipe soignante) pour étudier la faisabilité du projet et les moyens nécessaires et les visites d'unités existantes
2006, définition des procédures et des protocoles d'accueil
2007, formation du personnel
2008, ouverture de l'unité spécialisée (cadre du projet architectural)
2009, ouverture d'une structure d'accueil temporaire, accueil de jour

MODALITES de suivi : Respect de l'échéancier des différentes étapes

INDICATEURS D'EVALUATION :

% de demande d'accueil
% de départ volontaire
% de personnel formé

INCIDENCES FINANCIERES :

Investissement

Coût plan architectural
(fera l'objet d'un avenant)

Exploitation

Coût formation du personnel
1 psychologue = 40000 €
3 vacations de médecin = 15000 €
1 ergothérapeute = 38200 €
1 kinésithérapeute = 50000 €
4 AMP = 132000 €
2 IDE = 90000 €

FICHE D'OBJECTIF 2B

QUALITE DES SOINS

Objectifs :

Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés par un accueil dans des unités spécialisées

Problématique actuelle : les deux structures d'hébergement collectif ne permettent pas de proposer une qualité de vie appropriée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés car il est difficile d'organiser des espaces de vie spécifiques.

OBJECTIF à atteindre :

Accueillir les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et leurs familles, en organisant des espaces appropriés à une prise en charge globale et permettant de développer la qualité relationnelle.

MODALITES de mise en œuvre :

- Etudier les moyens nécessaires (locaux)
- Motiver des agents à la prise en charge de ces personnes
- Former le personnel à l'accompagnement de la personne démente et de sa famille
- Ecrire le projet de service
- Ecrire les procédures et les protocoles de prise en charge

Echéancier et Moyens à mobiliser :

2008, constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire
2009, formation du personnel et organisation d'une unité dans les locaux existants
2010, ouverture de 2 unités de 14 lits (soit 25 lits d'hébergement et 3 lits d'hébergement temporaire)

MODALITES de suivi : Respect de l'échéancier des différentes étapes

INDICATEURS D'EVALUATION :

% de résidents ayant bénéficié d'un hébergement temporaire
% d'activité d'animations spécifiques
% de projet de vie individualisé
% de résidents dont la détérioration intellectuelle est stabilisée

INCIDENCES FINANCIERES :

Investissement

Matériel pour les activités d'animation 1000 €

Exploitation

Redéploiement des personnels du pôle gériatrique

Le 5 mai 2009 - Fiche objectif en complément des fiches précédemment rédigées

FICHE D'OBJECTIF 2C

QUALITE DES SOINS

Objectifs :

Accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés en Centre de Jour pour faciliter et prolonger le maintien à domicile

Problématique actuelle : les structures d'accueil de jour de l'Eure sont peu nombreuses ce qui ne permet pas de répondre à un besoin de proximité : soulager les aidants

OBJECTIF à atteindre :

Préserver l'autonomie résiduelle des patients par des exercices de stimulation cognitive, par un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne et par des activités de type occupationnelles.

MODALITES de mise en œuvre :

- Etudier les moyens nécessaires (lieu de résidence - équipement personnel)
- Procéder au recrutement du personnel
- Former le personnel (problème de la Maladie d'Alzheimer - activités d'animation - atelier mémoire - massages)

Echéancier et Moyens à mobiliser :

2007, - constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire

- visite de centres existants
- détermination un lieu d'accueil provisoire
- formation du personnel
- organisation des modalités de transport des personnes à accueillir

Début 2008, recrutement du personnel

Juillet 2008, - ouverture d'un Centre d'accueil provisoire d'une capacité de 6 places

- bilan du fonctionnement

2009, extension du Centre d'accueil provisoire à 12 places et intégration du Centre dans la nouvelle structure après la fin des travaux.

MODALITES de suivi : Respect de l'échéancier des différentes étapes

INDICATEURS D'EVALUATION :

% de demande d'accueil

% de personnes accueillies

% de résidents dont la détérioration intellectuelle est stabilisée

% de satisfaction des familles

INCIDENCES FINANCIERES :

Investissement

Matériel pour les activités d'animation 1000 €
Equipement mobilier 20000 €

Exploitation

1 IDE 45000 €
4 AMP 132000 €

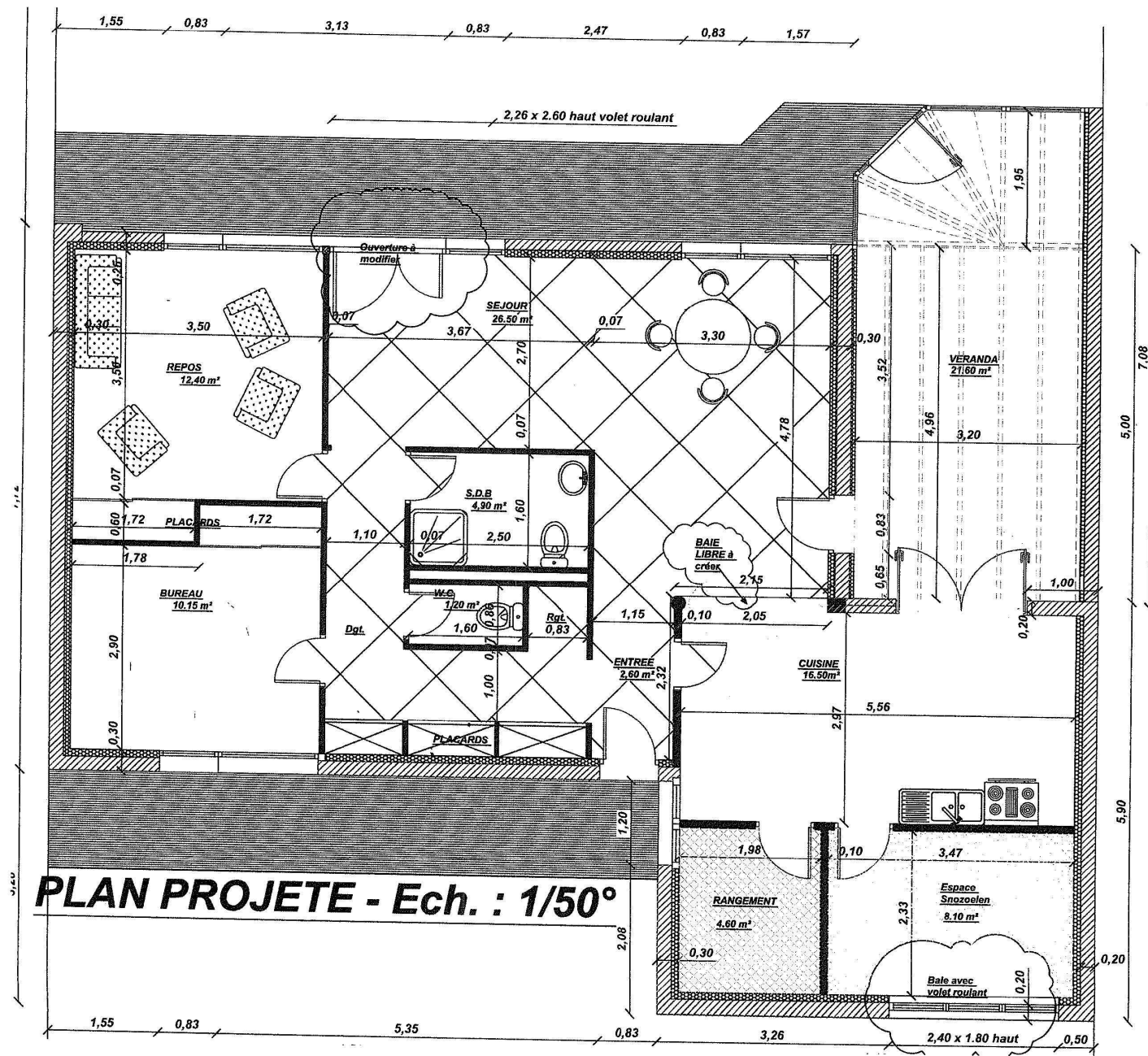
Vacation :

- kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- animateur
- psychologue

Le 5 mai 2009 - Fiche objectif en complément des fiches précédemment rédigées

ANNEXE III

PLAN DU CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR DE VERNEUIL SUR AVRE



ANNEXE IV

BUDGET PREVISIONNEL DE FONCTIONNEMENT

**BUDGET TERNAIRE
CENTRE DE JOUR ALZHEIMER**

N° de compte	INTITULE	TOTAL	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	SOINS
TITRE 1 - DEPENSES DE PERSONNEL					
631 633 et 64	Charges de personnel (rémunérations, charges sociales et fiscales sur rémunérations)	158 200,00	0,00	38 200,00	120 000,00
TOTAL TITRE 1		158 200,00	0,00	38 200,00	120 000,00
TITRE 2 - DEPENSES MEDICALES					
6021/6022	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical				
6066	Fournitures médicales				
6111	Sous-traitance à caractère médical				
6131	Location matériel médical				
6151	Entretien et réparation sur biens mobiliers : matériel et outillage médicaux				
TOTAL TITRE 2		0,00	0,00	0,00	0,00
TITRE 3 - DEPENSES HOTELIERES ET GENERALES					
602	ACHATS STOCKES ; AUTRES APPROVISIONNEMENTS (sauf 6021, et 60226)	3 500,00	3 500,00		
60226	Fournitures hôtelières sauf 602261 "couches, alèses et produits absorbants"				
602261	Couches, alèses et produits absorbants				
606	Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 60622, 60626, 6066)	3 000,00	3 000,00		
60622	Produits d'entretien				
60626	Fournitures hôtelières sauf 606261 "couches, alèses et produits absorbants"				
606261	Couches, alèses et produits absorbants				
61	SERVICES EXTERIEURS (sauf 6111, 61121, 61551, 61562 et 61681)	4 000,00	4 000,00		
62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS (sauf 621, 62113, 6223, 6281 et 6283)				
6281	Blanchissage à l'extérieur				
6283	Nettoyage à l'extérieur				
6286	Participation aux charges communes	15 000,00	15 000,00		
6286	Participation aux charges communes (supplément)				
635 et 637	Autres impôts, taxes et versements assimilés				
65	Autres charges de gestion courante				
TOTAL TITRE 3		25 500,00	25 500,00	0,00	0,00

**BUDGET TERNAIRE
CENTRE DE JOUR ALZHEIMER**

N° de compte	INTITULE	TOTAL	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	SOINS
TITRE 4 - CHARGES FINANCIERES ET EXCEPTIONNELLES, AMORTISSEMENT					
66	Charges financières	7 000,00	7 000,00		
67	Charges exceptionnelles à affecter à la section "Hébergement"	0,00			
"	Charges exceptionnelles à affecter à la section "dépendance"				
"	Charges exceptionnelles à affecter à la section "soins"				
68	Dotations aux amortissements (immeubles et matériel : "hébergement") et aux provisions	9 400,00	9 400,00		
"	Dotations aux amortissements (matériel : "dépendance") et aux provisions				
"	Dotations aux amortissements (matériel médical) et aux provisions				
TOTAL TITRE 4		16 400,00	16 400,00	0,00	0,00
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION		200 100,00	41 900,00	38 200,00	120 000,00
PRODUIT A DEDUIRE					
64	Remboursement charges de personnel				
77	Produit exceptionnel				
7343	Contribution de l'assurance maladie prévue à l'article R314-188 du CASF				
TOTAL PRODUIT		0,00	0,00	0,00	0,00
BASE DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS		200 100,00	41 900,00	38 200,00	120 000,00

TARIF					
Hébergement	Nombre de journées prévisionnelles 2020 soit 67,3% TO		20,74		
Dépendance	GIR 1-2 (nombre de résident = 1)			29,50	
	GIR 3-4 (nombre de résident = 10)			18,95	
	GIR 5-6 (nombre de résident = 1)			7,95	
Soins	GIR 1-2				74,17
	GIR 3-4				59,46
	GIR 5-6				44,16
	MOINS DE 60 ANS		39,65		59,40

**DETAIL CHARGES DE PERSONNEL
CENTRE DE JOUR ALZHEIMER**

PERSONNEL	Nombre ETP	Hébergement ETP	Dépendance ETP	Soins ETP	Montant des Salaires	Hébergement	Dépendance	Soins
Coiffeuse								
Animateur								
Assistante sociale								
Agent Service Hospitalier								
Aide Soignant	2,00		0,60	1,40	60 000,00		18 000,00	42 000,00
mensualités de remplacement	0,50		0,15	0,35	16 000,00		4 800,00	11 200,00
Psychologue	0,35		0,35		15 400,00		15 400,00	
Infirmière (coordonnateur)	1,00			1,00	38 000,00			38 000,00
Cadre de Santé	0,10			0,10	6 200,00			6 200,00
Ergothérapeute	0,10			0,10	4 000,00			4 000,00
Kinésithérapeute	0,20			0,20	7 600,00			7 600,00
Préparateur en pharmacie								
Pharmacien								
Médecin	0,20			0,20	11 000,00			11 000,00
CAE								
TOTAL	4,45	0,00	1,10	3,35	158 200,00	0,00	38 200,00	120 000,00

**CALCUL DE L'IMPACT DES TRAVAUX
LOCAUX CENTRE DE JOUR ALZHEIMER**

Montant Prévisionnel = 140.000 € financé à 100 % par emprunt.

Hypothèse emprunt : taux d'intérêt 5 % - Durée 15 ans

Hypothèse durée amortissement : 15 ans

Incidence sur le Titre IV

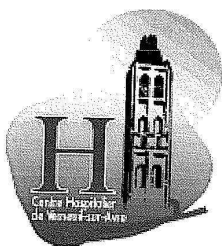
Intérêt = 7.000 €

Amortissement = 9.333 €

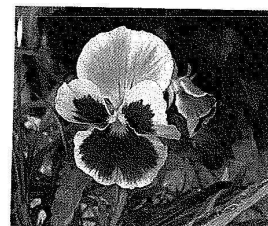
Soit un total de 16.333 €

ANNEXE V

CONTRAT D'ACCUEIL



PROJET



CONTRAT ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER
« Le Jardin de la Pensée »
20 rue Frédéric Joliot Curie
27130 VERNEUIL SUR AVRE

Représenté par Monsieur Jean-Marie BIZOUARN, Directeur
Et, la personne admise en accueil de jour dénommée :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Le cas échéant, représenté(e) par le référent dénommé(e)
ci-après

NOM :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Il est convenu ce qui suit :

Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
« le Jardin de la Pensée »
20 rue Frédéric Joliot Curie
Tél. : 02.32.30.16.02
Courriel : ...caja@ch-verneuil.com

Le présent contrat est conclu pour une période de un mois minimum renouvelable par tacite reconduction à compter du

Pour des journées ou $\frac{1}{2}$ journées d'accueil de jour le :

- lundi*
- mardi*
- mercredi*
- jeudi*
- vendredi.*

*Les horaires d'ouverture de l'accueil de jour :
9h - 16h30*

CRITERES D'ADMISSION

L'accueil de jour reçoit exclusivement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Au-delà des critères pathologiques, il convient de considérer comme pré-requis à l'admission, une certaine mobilité et la capacité à s'intégrer à une vie collective en s'inscrivant dans une dynamique participative.

Les personnes dont l'état de santé nécessite des soins médicaux continus ainsi que les personnes violentes et agressives ne relèvent pas de la prise en charge de l'accueil de jour.

La direction se réserve la possibilité de refuser après avis médical, l'admission après une période d'essai de 1 mois.

LES OBJECTIFS DE L'ACCUEIL DE JOUR

L'accueil de jour assure une prise en charge médico-psycho-sociale du patient et de l'aidant.

Il s'appuie sur les principes éthiques suivants :

- préserver et respecter la dignité et l'identité de la personne*
- lutter contre son isolement social, intellectuel et moral*
- permettre à la personne de renouer des contacts sociaux et de participer à des animations collectives dans le respect de la personnalité*
- proposer à la personne de retrouver pour elle-même des projets, des moments de « bien-être », exprimer des désirs personnels.*
- Permettre le maintien à domicile le plus longtemps que possible*
- Soulager l'aidant*

*Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
« le Jardin de la Pensée »
20 rue Frédéric Joliot Curie
Tél. : 02.32.30.16.02
Courriel : ...caja@ch-verneuil.com*

2

- Freiner ou interrompre le glissement vers la passivité et le désinvestissement
- Etablir un projet thérapeutique et un suivi global pour chaque personne

SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Aucun soin infirmier n'est assuré par le personnel de l'établissement, sauf en cas d'urgence. Le personnel assure les soins de nursing (toilette éventuelle en cas d'incident). Le linge souillé sera restitué à la famille.

En cas de problème d'incontinence, il est demandé à la famille de fournir les protections et un change.

Le praticien hospitalier peut apporter des conseils thérapeutiques en accord avec le médecin traitant.

Le personnel de l'accueil de jour n'est pas habilité à la préparation des médicaments.

Pour la prise du traitement, chaque personne doit se munir de son traitement en cours, il doit être préparé dans un pilulier, accompagné de la dernière ordonnance (fac similé).

L'établissement décline toute responsabilité quant à cette préparation.

PRESENTATION DE L'ACCUEIL DE JOUR

Il est composé de :

- 1 salle de vie centrale ouverte sur un espace cuisine équipée
- 1 salle de détente
- 1 espace de stimulation sensorielle
- 1 salle de bain et wc
- 1 véranda
- 1 jardin clos avec terrasse

LES ACTIVITES PROPOSEES

Les activités sont déterminées par l'équipe pluri-disciplinaire (médecin, cadre de santé, infirmière coordinatrice, accompagnatrices, neuropsychologue, kinésithérapeute, diététicienne) en fonction des bilans successifs qui permettent d'élaborer une prise en charge individualisée.

Ces activités sont essentiellement basées sur la stimulation

- sensorielle (atelier - peinture, chant etc.)
- corporelle (gym douce, relaxation etc.)
- cognitive (atelier mémoire, lecture etc.)

Centre d'Accueil de Jour Alzheimer

« le Jardin de la Pensée »

20 rue Frédéric Joliot Curie

Tél. : 02.32.30.16.02

Courriel : ...caja@ch-verneuil.com

RESTAURATION

Les repas sont fournis par l'établissement et sont pris en toute convivialité avec le personnel.

CONDITIONS FINANCIERES

Les tarifs de l'accueil de jour pour les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés, applicables à compter du 1^{er} mars 2009, sont fixés à :

Tarif hébergement : 15,30 €

Tarif dépendance : 15,64 €

Soit un tarif journalier total de : 30,94 €

Le prix est fixé annuellement par le Président du Conseil Général et révisable chaque année.

Le paiement doit être effectué à terme échu, dès réception de la facture du CENTRE HOSPITALIER de VERNEUIL SUR AVRE.

Seules les hospitalisations ou maladies (certificat médical à l'appui) donneront lieu à une exonération. Il est demandé à la famille ou à la personne elle-même de bien vouloir prévenir de son absence, l'Infirmière coordinatrice le jour-même. Pour toute autre absence le prix de journée sera facturé.

FERMETURE

En période estivale le service fonctionnera avec un effectif réduit à 2 personnes. Pendant les vacances de Noël le service sera fermé 1 semaine.

MOYENS DE TRANSPORT

L'établissement peut assurer les transports matin et soir, dans un périmètre de 20 km. Au-delà, il appartient aux intéressés de prendre les dispositions nécessaires.

CONDITIONS DE RESILIATION

Résiliation volontaire :

A l'initiative de la personne accueillie ou de son représentant, le présent contrat peut être résilié à tout moment.

*Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
« le Jardin de la Pensée »
20 rue Frédéric Joliot Curie
Tél. : 02.32.30.16.02
Courriel : ...caja@ch-verneuil.com*

4

Notification en est faite à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis de 8 jours de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement.

Résiliation à l'initiative de l'établissement :

Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé de la personne ne permet plus le maintien dans la structure, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant s'il en existe un et, le cas échéant, le médecin coordonnateur de la structure.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas d'urgence, le Directeur de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé de la personne ne permet pas d'envisager un retour dans la structure, la personne et/ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Non respect du règlement de fonctionnement, du présent contrat

Incompatibilité avec la vie collective

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le Directeur et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal et/ou de la personne de confiance.

Résiliation pour défaut de paiement.

Tout retard de paiement égal ou supérieur à 30 jours après la date d'échéance fera l'objet d'un entretien personnalisé entre le Directeur et la personne intéressée ou son représentant légal, éventuellement accompagnée d'une autre personne de son choix.

En cas d'échec de cette entrevue, une mise en demeure de payer sera notifiée à la personne intéressée et/ou son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
« le Jardin de la Pensée »
20 rue Frédéric Joliot Curie
Tél. : 02.32.30.16.02
Courriel : ...caja@ch-verneuil.com

5

La régularisation doit intervenir dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard. Passé ce délai, le transfert de la personne intéressée vers une autre structure sera organisé par l'établissement.

Résiliation pour décès

En cas de décès survenant en dehors de l'établissement, il appartient à la famille d'informer le service administratif.

RESPONSABILITES RESPECTIVES DE L'ETABLISSEMENT ET DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Les règles générales de responsabilité applicables pour la personne accueillie dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 et 1384 du Code Civil, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée (défaut de surveillance...).

Pour éviter les pertes et vols, il est conseillé à la personne accueillie de ne pas être en possession de sommes d'argent, titres, ou objets de valeur.

A défaut de cette précaution, l'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détournements ou vols dont les personnes pourraient être victimes.

La personne accueillie et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

Fait à, le.....

Le Directeur

La personne accueillie : M.....

ou son représentant légal : M.....

Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
« Le Jardin de la Pensée »
20 rue Frédéric Joliot Curie
Tél. : 02.32.30.16.02
Courriel : ...caja@ch-verneuil.com

6

annexe 1 : engagement de payer.

*Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
« le Jardin de la Pensée »
20 rue Frédéric Joliot Curie
Tél. : 02.32.30.16.02
Courriel : ...caja@ch-verneuil.com*

7

ENGAGEMENT DE PAYER

Je Soussigné(e)

NOM :

Prénom :

ADRESSE :

.....

M'engage à régler les frais d'hébergement et de dépendance de :

.....

Admis(e) le : / ... /

A l'accueil de jour de l'hôpital de Verneuil sur Avre.

J'ai pris note :

- que le tarif « hébergement » en accueil de jour applicable au 1^{er} mars 2009 a été fixé par arrêté de Monsieur le Président du Conseil Général de l'Eure et s'élève à : 15,30€
- que le tarif dépendance en accueil de jour applicable au 1^{er} mars 2009a été fixé par arrêté de Monsieur le Président du Conseil Général de l'Eure et s'élève à 15,64€

Soit un tarif journalier total de : 30,94€.

- que le prix de journée hébergement et les tarifs dépendance sont révisables au 1^{er} janvier de chaque année.

Fait à Verneuil sur Avre,

Date

Signature

ANNEXE VI

GRILLES D'ENTRETIENS-ACTEURS D'ACTION SOCIALE- PERSONNEL SOIGNANT

GRILLE D'ENTRETIEN : ACTEURS DE L'ACTION SOCIALE

- Présentation du sujet qui m'intéresse

Accueils de jour qui se développent et qui sont pourtant peu fréquentés :

2009	1 ^{er} TRIMESTRE 2010
BERNAY	LES ANDELYS
LE NEUBOURG	BRETEUIL
LOUVIERS	RUGLES
VERNEUIL	GISORS

Accueils de jour existants :

BOURG ACHARD	65 % DE FREQUENTATION
EVREUX	
DREUX	

- Quels sont les freins identifiés au développement de l'activité :

Public

- Public ciblé
- Prix
- Transport

Structure

- Communication
- Moyen des structures
- Qualification du personnel

- **Comment encourager les familles à confier leurs parents à une équipe professionnelle ?**
- **Comment soutenir les structures existantes ?**
- **Pourquoi continuer à promouvoir ce modèle de structure ?**
Accueil de jour : 12 places adossées à un EHPAD

GRILLE D'ENTRETIEN : PERSONNEL SOIGNANT

- **Nombre de personnes**
- **Avez-vous participé à l'élaboration projet ?**
- **Architecture**
- **Service**
- **Accompagnement**
- **Comment assurez-vous les repas ?**
- **Comment assurez-vous les transports ?**

Médecin coordinateur

Psychologue

Cuisine

Kinésithérapeute

ANNEXE VII

**TABLEAU DE MONTEE EN CHARGE DE L'ACTIVITE D'UN
ACCUEIL DE JOUR (PRIS EN EXEMPLE DANS L'ARTICLE
DE LA REVUE DE GERIATRIE MARS 2008 TOME 33 N°3)**

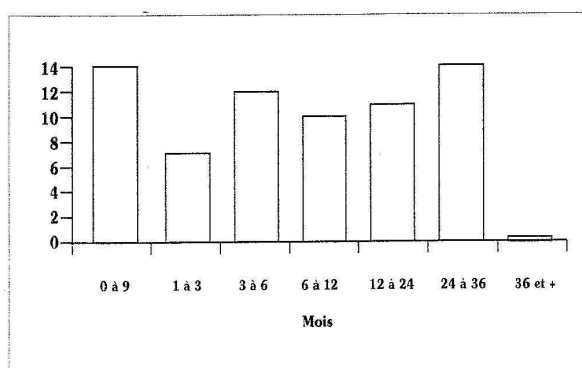
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total annuel
2001	/	/	16	47	37	51	55	50	57	52	52	31	442
2002	47	52	66	68	75	80	81	88	85	115	115	54	884
2003	42	40	28	33	35	42	72	75	75	58	58	46	601
2004	36	40	51	77	61	83	85	95	87	101	101	100	914
2005	116	113	115	109	111	128	125	115	133	125	125	147	1466
2006	145	141	184	171	176	193	164	184	180	177	177	139	2015
Total	386	386	460	505	495	577	582	607	617	628	628	517	
Moyenne mensuelle	77	77	77	84	83	96	97	101	103	105	105	86	

Tableau 3 : Journées réalisées par mois depuis l'ouverture.

Table 3: Number of realized days per month since opening.

Ces 21 personnes (15 femmes et 6 hommes), ont un âge moyen de 80 ans (de 64 à 95 ans). Ils résident en moyenne à 12 km de l'AJ ; 48% à moins de 10 km (dans l'agglomération), 33% de 10 à 20 km et 19% à plus de 20 km (jusqu' à 40 km). Le MMSE moyen est à 13 (Ecart type 8,2 - médiane 15) (Tableau 5). Schématiquement, ce sont pour moitié des formes modérément sévères ou sévères et pour moitié des formes légères à modérées. Les maladies d'Alzheimer prédominent largement pour 71% des personnes, viennent

ensuite les dégénérescences lobaires fronto-temporales pour 19%. Un accompagnement de la pathologie existe dans le cadre de la consultation mémoire pour 42%, alors que 48% sont suivis par un spécialiste en consultation mono-disciplinaire (33% neurologue, 10% gériatre, ou 5% psychiatre). Le GIR pondéré moyen est à 550 (Graphique 4). Parmi eux 86 % sont connus des services de l'APA de leur département de résidence, et 76% bénéficient d'un plan d'aide dans le cadre de l'APA. Les 3 malades non connus de l'APA, le sont par choix éclairé des familles de ne pas solliciter cette aide.



Graphique 3 : Durée d'accompagnement en mois, par malade rencontré depuis l'ouverture.

Graph 3: Accompaniment durations in month, per patient since opening.

DISCUSSION

Dans notre expérience, la montée en charge fut longue, même s'il existait une demande des familles et des associations. Pendant des mois, l'établissement a choisi de maintenir le projet et de le soutenir malgré une faible occupation. Après deux années, les capacités d'accueil successivement autorisées, ont été atteintes. La variabilité de l'activité selon les saisons est vraisemblablement polyfactorielle : difficultés à sortir du domicile l'hiver, craintes des conditions de circulation, ou institutionnalisation de malades au moment de l'entrée dans la "mauvaise saison". Quelles qu'en soient les causes, ce point nous semble utile à connaître.