



**RÉUNIFIER UN EHPAD COMPOSÉ DE DEUX SITES
DISTANTS EN MILIEU POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE
PERSONNES MALADES D'ALZHEIMER**

Didier LUCAS

2010

cafdes



Sommaire

Introduction	1
1 L'EHPAD La Rouvière & l'Anglade	3
1.1 Historique de l'Établissement	3
1.1.1 Un territoire complexe	3
1.1.2 Le SIVOM de la Rouvière et la maison de retraite	4
1.1.3 L'Anglade au Caylar	6
1.1.4 De la maison de retraite à l'EHPAD.....	8
1.2 L'établissement aujourd'hui	12
1.2.1 Généralités.....	12
1.2.2 La Rouvière.....	13
1.2.3 L'Anglade, une structure en difficulté.....	14
1.2.4 Les besoins des résidents	16
1.3 La nécessaire évolution de l'établissement	20
1.3.1 La gestion complexe de l'établissement	20
1.3.2 La nécessité de créer une entité cohérente	21
1.3.3 La décision politique.....	22
1.3.4 La Convention Tripartite de 2 nd e génération.....	23
2 La prise en compte de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.....	26
2.1 Les politiques publiques face au vieillissement de la population	26
2.1.1 Les données démographiques	26
2.1.2 L'évolution des politiques publiques en France	27
2.1.3 Les mesures spécifiques « Alzheimer »	30
2.2 La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.....	33
2.2.1 Les différents types de démence.....	33
2.2.2 Les troubles du comportement	36
2.2.3 L'accompagnement et les soins	40
2.3 La prise en charge des démences sévères	44
2.3.1 Les structures protégées.....	44
2.3.2 La mesure 16 du « plan Alzheimer »	45
2.3.3 Les besoins en termes de structure adaptée	47

3	La conduite du projet de relocalisation-reconstruction	50
3.1	Rassurer et rassembler face aux changements	50
3.1.1	La dimension politique sur le territoire.....	50
3.1.2	Rendre acteurs des agents désorientés.....	52
3.1.3	Les résidents et les familles au cœur du projet	55
3.1.4	L'agrément par les autorités de tarification.....	57
3.2	L'élaboration du projet	60
3.2.1	Les grandes lignes du projet	60
3.2.2	La création de l'unité protégée.....	62
3.2.3	Un projet de vie pour l'unité protégée.....	64
3.2.4	Un projet d'établissement sous le signe de la cohérence.....	68
3.3	Le déroulement de l'action.....	71
3.3.1	Les modalités de pilotage et d'évaluation du projet.....	71
3.3.2	La question des marchés publics.....	73
3.3.3	L'organisation de la réalisation du projet.....	75
3.3.4	Les investissements et le prix de journée.....	77
	Conclusion.....	80
	Bibliographie.....	83
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource
AMO	Assistance à Maîtrise d'Ouvrage
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BOAMP	Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics
CANTOU	Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles
CASF	Code de l'Aide Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CTP	Comité Technique Paritaire
DEPPA	Direction des Équipements et Prestations pour las Personnes Âgées
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGCS	Direction Générale de la Cohésion sociale
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
EDEC	Engagement pour le Développement de l'Emploi et des Compétences
EHPAD	Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
ERP	Établissement Recevant du Public
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein

FPT	Fonction Publique Territoriale
FRPA	Foyer-Résidence pour Personnes Âgées
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
HLM	Habitation à Loyer Modéré
HPST	Hôpital-Patient-Santé-Territoire (loi)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAPA	Marché A Procédure Adaptée
MMS	Mini Mental Score
NPI	Neuropsychiatric Inventory (<i>en français</i> : Inventaire Neuro-psychiatrique)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapé
SIVOM	Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

M. Jean LASALLE, ancien Maire de Soubès aux nombreux mandats, aime à raconter comment lui est venue l'idée d'implanter une Maison de Retraite sur les hauteurs de son village, il y a maintenant 25 ans...

A cette époque, il n'y avait pas de maisons d'habitation dans cet espace, début des contreforts du plateau du Larzac... seulement des chemins menant à des vignes et des champs, sillonnant au milieu des bois de chênes.

Se promenant à cheval, il s'arrête sur cette terrasse naturelle qui domine la vallée, et là, dans le calme de ce jour de printemps, il imagine... pense à la vieillesse qui le guette... se dit qu'il aimerait finir tranquillement ses jours en contemplant ce paysage.

L'idée venait de naître : créer une maison de retraite en ce lieu, qui s'appellerait la Rouvière (*étymologiquement : lieu planté de chênes rouvres, à feuilles caduques*).

Le cheminement qui a conduit à l'émergence du projet est certainement bien plus prosaïque, nourri d'objectifs économiques, politiques et sociaux, mais cette genèse de l'établissement au parfum de légende témoigne de l'attachement des citoyens et des élus à celui-ci.

Le Syndicat Intercommunal à Vocations Multiples (SIVOM) de la Rouvière, initialement composé de 12 communes rurales du Lodévois-Larzac, a été mis en place en 1985 pour créer et gérer une Maison de Retraite publique sur la commune de Soubès.

Parallèlement, la commune du Caylar (située à 20 km de Soubès, sur le plateau du Larzac) a construit et inauguré en 1983 un foyer-logement.

En 1996, sous l'égide du Conseil Général de l'Hérault a été décidé une fusion de ce foyer-logement avec la Maison de Retraite la Rouvière située dans la même Communauté de Communes.

L'histoire a généré une relation complexe entre les deux structures : l'entité « La Rouvière & l'Anglade » est en construction permanente en termes d'organisation et de management.

Durant 13 années, les deux structures se sont développées non seulement en parallèle, mais également en opposition réelle ou fantasmée : la modernité et l'archaïsme, le plateau et le piémont, les « bien aimés » et les « laissés pour compte »...

Prenant la direction de l'établissement en août 2008, je me suis rapidement confronté à la difficile gestion d'une structure dont la fusion n'a pas totalement abouti : il ne s'agit pas d'un EHPAD composé de 2 unités, mais plutôt de 2 structures pour lesquelles la direction et le service administratif sont sensés représenter un trait d'union...

La lettre de mission qui m'a été remise par le Président du Conseil Syndical lors de mon embauche précise notamment « *l'élaboration d'un projet de réunification de l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet à l'attention des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* ».

Le 4 août 2009, à l'issue de longs débats, le Conseil Syndical du SIVOM de la Rouvière a émis une délibération décidant le transfert et la reconstruction de l'Anglade sur le terrain du SIVOM à Soubès, en tant qu'extension de l'EHPAD la Rouvière.

Cette décision étant prise, il convient maintenant de conduire ce changement...

Il s'agit, dans cette opération de transfert-reconstruction, à travers la modernisation et l'adaptation de l'EHPAD aux besoins des personnes âgées du territoire, et notamment par la mise en place d'une unité protégée pour les personnes désorientées, de réussir la réunification de l'établissement à partir de ses deux entités.

La problématique qui fait l'objet de cet écrit est double et concerne tant les personnes âgées bénéficiaires des services de l'établissement et l'élaboration d'un projet adapté à leurs besoins, que l'accompagnement du personnel dans ces changements qui ne manquent pas de générer de grandes inquiétudes.

La forte typicité de cet établissement, à savoir son histoire complexe, son fort ancrage en milieu rural et les enjeux de politique locale au sein desquels il évolue, sont des paramètres qui influent énormément sur la direction de la structure en général et la conduite des projets d'évolution en particulier.

Nous situerons d'abord l'EHPAD la Rouvière & l'Anglade dans son histoire, dans son environnement, et plus généralement dans l'évolution des modalités d'accompagnement de la dépendance.

Nous nous attacherons ensuite à approfondir la question de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées depuis l'angle de vue du projet d'établissement d'un EHPAD, car il s'agit bien ici de la charnière de cette restructuration : capitaliser et développer les compétences existantes pour créer une structure apte à répondre aux besoins des personnes malades que nous accueillons.

C'est alors que nous pourrons aborder la conduite de ce projet de manière à constituer un établissement solide et cohérent. Il devra être prêt à relever les défis qui ne manqueront pas de se présenter dans les années à venir, que ce soit en termes de pertinence des services rendus aux personnes âgées accueillies, autant qu'en termes d'adaptation à l'évolution des politiques sociales.

1 L'EHPAD La Rouvière & l'Anglade

1.1 Historique de l'Établissement

1.1.1 Un territoire complexe

La vie et le développement de l'EHPAD la Rouvière & l'Anglade, comme nous allons le voir, sont intimement liés au territoire sur lequel il se trouve, c'est pourquoi un aperçu de l'environnement géographique et politique de l'établissement est important afin de saisir les nombreuses interactions qui conditionnent son évolution.

Situé à une soixantaine de kilomètres au Nord Ouest de Montpellier, dans l'Hérault (Cf. localisation en annexe 1), le territoire du Lodévois-Larzac est complexe, sur les plans géographique et politique.

Il débute au Sud par une plaine viticole, puis le bourg-centre Lodève s'ouvre vers une zone de piémont au relief marqué, qui conduit au plateau du Larzac. Ces trois espaces offrent de grands contrastes économiques et démographiques, et revendiquent des réalités et identités propres, notamment le plateau du Larzac du fait de son isolement et de son histoire tourmentée.

Marqué par une importante problématique de mobilité et de communication, ce territoire est cependant traversé par la route nationale N9 qui est aujourd'hui devenue l'autoroute A75, un axe routier majeur, facteur de développement économique et touristique.

Politiquement, l'histoire récente est marquée par des tiraillements et rivalités gauche-droite, mais aussi plateau-plaine, qui durant les années 80 ont empêché toute possibilité d'intercommunalité, à tel point que la structuration du territoire s'est effectuée sous la forme de deux communautés de communes, celle du Lodévois-Larzac créée en 1992 (*15 communes*) puis celle du Lodévois en 1998 (*11 communes*). La réunification du territoire sous forme d'un seul Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) n'est intervenue qu'en 2009, à travers la création de la Communauté de Communes Lodévois et Larzac, regroupant les 28 communes.

Sur le plan économique, nous noterons une viticulture en restructuration et un pastoralisme en voie de disparition. Une importante industrie du drap s'est peu à peu éteinte à partir des années 60. La découverte d'une mine d'uranium exploitée par la Compagnie GEnérale des MATières nucléaires (COGEMA) a alors permis une relance,

brutalement stoppée au début des années 90 par la fermeture du site, sans réel remembrement économique.

Il s'agit donc d'un territoire en grande difficulté sur le plan de l'emploi, et notamment les emplois à faible qualification.

Enfin, pour terminer ce rapide tour d'horizon du Lodévois-Larzac, voyons la démographie, qui se présente sous une répartition particulière : une ville centre, Lodève, peuplée de 7.533 habitants, entourée d'un bassin de vie de 27 communes où la densité moyenne de population est inférieure à 10 habitants au kilomètre carré. Nous atteignons un total de 13.262 habitants, selon le recensement 2009.

Au début des années 80, sont apparus sur ce territoire des besoins en termes d'accueil et d'hébergement de personnes âgées. Les seuls équipements, deux maisons de retraite, se trouvaient à Lodève et ne pouvaient répondre à toutes les demandes. Les habitants des villages avaient également des difficultés à aller vers la ville et préféraient vivre leur vieillesse en milieu rural.

1.1.2 Le SIVOM de la Rouvière et la maison de retraite

Comme évoqué dans en début d'introduction, c'est sous l'impulsion de l'ancien Maire de Soubès qu'est né le projet de création d'une maison de retraite, mais c'est au sein d'un groupement de communes que s'est élaboré l'établissement qui concerne bien évidemment le territoire dans son ensemble.

L'intercommunalité permet aux communes de se regrouper au sein d'un établissement public, que ce soit pour mutualiser certaines prestations (ramassage des ordures ménagères, assainissement, transports urbains...), ou bien dans l'optique de générer et gérer des projets de développement économique ou d'aménagement.

Douze communes¹ du territoire, préoccupées par la question du vieillissement de leurs administrés, vont donc s'unir en 1985 sous la forme d'un SIVOM dénommé « *Syndicat Intercommunal pour la création et la gestion d'une maison de retraite à Soubès* ».

M. LASSALLE, Maire de Soubès, est élu Président du SIVOM.

¹ Les communes adhérentes en 1985 : Soubès ; Saint Etienne de Gourgas ; Saint Pierre de la fage ; Olmet et Villecun ; La Vaquerie et Saint Martin de Castrie ; Saint Maurice Navacelle ; Le Cros ; Sorbs ; Saint Jean de la Blaquièrre ; Pégairolle de l'escalette ; Soumont ; Le Puech.

Un SIVOM est un Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI), régi par les dispositions du Code Général des Collectivités Territoriales, qui exerce des responsabilités qui lui ont été transférées par les différentes communes le composant. Des délégués, élus par les conseils municipaux des communes membres, pilotent les actions du SIVOM par le biais d'un Comité Syndical et de différentes commissions.

Personne morale de droit public au même titre que les communautés de communes, les collectivités locales et l'État, le SIVOM ne peut pas recourir à l'impôt pour constituer son budget : ses ressources sont constituées des contributions des communes le composant.

Viennent alors plusieurs années de travail de développement du projet, puis l'obtention des autorisations (*agrément du CROSS², autorisation préfectorale et habilitation à l'Aide Sociale Départementale*), et enfin la phase de construction.

La maison de retraite La Rouvière, dotée de 44 places autorisées et installées ouvre ses portes fin 1989, sous forme d'un budget annexe du SIVOM, lequel prend également en cette occasion le nom de « Rouvière ».

Au-delà de la question de la prise en compte des besoins gérontologiques du territoire, l'avènement de cet établissement représente un bol d'air sur le plan économique et va générer un nombre important d'emplois pour les habitants des communes adhérentes à l'EPCI. Les personnels embauchés font donc partie de la Fonction Publique Territoriale.

Après une phase de montée en charge, la Rouvière va progressivement devenir un acteur important des politiques gérontologiques dans cette partie du département.

Afin de répondre aux besoins grandissants des personnes accueillies, l'établissement va se médicaliser et une section de cure médicale est installée à partir de 1994.

En 1995, les demandes d'hébergement augmentant sans cesse, une extension de 10 places est autorisée, portant ainsi la structure de 44 à 54 places. Cette extension de la capacité d'accueil s'est réalisée sans construction complémentaire : l'établissement

² Tout établissement et service sanitaire social ou médico-social, pour être autorisé à fonctionner, ou pour toute modification concernant son objet, la population reçue, le nombre de places, etc. devait obtenir l'agrément du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS). La loi du 4 mars 2002 a remplacé les sections sociales des CROSS par les Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS).

La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 rénove le dispositif de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), supprime les CROSMS et introduit la procédure d'appel à projet pour la délivrance des autorisations des ESMS. Cette nouvelle procédure est précisée par décret du 26 juillet 2010 publié au Journal Officiel du 27 juillet 2010.

dispose de 47 chambres, et certaines (les plus spacieuses) vont devenir des chambres doubles principalement destinées à accueillir des couples.

1.1.3 L'Anglade au Caylar

Dans la même dynamique que précédemment, c'est-à-dire la création de réponses aux besoins émergents des personnes âgées en termes d'hébergement, la commune du Caylar dans le cadre du CCAS, sur le plateau du Larzac, a fait construire un foyer-logement composé de 8 studios et de parties communes par l'organisme HLM du département de l'Hérault.

La structure, nommé l'Anglade (*étymologiquement : une parcelle de terrain en angle, non cultivée*) a ouvert ses portes en 1986, dotée de 16 places par autorisation du Conseil Général de l'Hérault.

Le projet initial était d'accueillir des couples, et éventuellement des personnes seules, ne pouvant se maintenir à domicile, tout en ayant encore une certaine autonomie.

En effet, de nombreuses personnes âgées du village et des alentours, soit vivant isolées dans des fermes, soit habitant des maisons de villages à plusieurs étages, rencontraient des difficultés nécessitant un changement d'habitat, sans pour autant être entrés dans une dimension de dépendance. Le maintien à domicile et ses nombreuses déclinaisons n'existaient pas encore...

Inscrite au cœur du village, accessible et proche des services administratifs et des commerces, l'Anglade offrait une réponse adaptée aux besoins de la population âgée du canton du Caylar, leur permettant de vivre leur vieillesse « au pays ».

Une équipe réduite d'agents du CCAS gérait ce foyer-logement, assurant la sécurité et l'entretien. La gestion administrative était réalisée en mairie.

Le fonctionnement de l'établissement s'est construit dans une dimension familiale et affective, fortement ancrée au niveau local, les résidents et les agents s'étant côtoyés de tout temps dans le village.

Mais les années ont passé.

Les personnes habitant le foyer-logement ont vieilli, ont peu à peu perdu leur autonomie. Certains sont devenus grabataires, d'autres ont connu des formes de démence.

Le personnel, désarmé face à des problématiques et des pathologies qu'il ne maîtrisait pas, s'est retrouvé en difficulté, malgré le renfort de nouvelles embauches.

Il ne semblait pas possible de proposer aux familles que les personnes âgées trop dépendantes soient orientées vers une structure adaptée : il s'agissait de leur domicile, dans leur village.

Dans un même temps, le bâtiment s'est révélé inadapté de par sa configuration à l'évolution des besoins des personnes accueillies, et a commencé à se dégrader, faute d'entretien et de rénovation.

Enfin, les surcoûts d'exploitation générés par l'embauche de personnels supplémentaires ont généré un déficit récurrent de l'ordre de 2.000.000 de Francs (305.000 €uros).

Désirant sauver l'Anglade d'un inéluctable naufrage, la municipalité du Caylar a alors saisi en 1995 le Conseil Général et la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS)³ de l'Hérault afin que le foyer-logement puisse devenir une maison de retraite médicalisée, et ainsi bénéficier de personnels formés en nombre suffisant et des moyens financiers nécessaires au fonctionnement et à la mise aux normes.

Au vu de la faible capacité en termes de places et de la multiplicité des difficultés rencontrées par l'établissement, les autorités de tutelle ont imposé la fusion de l'Anglade avec la maison de retraite La Rouvière, condition sine qua non pour que la structure puisse garder l'autorisation d'exploitation.

La reprise de l'Anglade par la Rouvière s'est effectuée en 1997, selon les modalités suivantes :

- Les deux établissements ont fusionné en un seul, dans le cadre du SIVOM de la Rouvière, tant sur le plan budgétaire qu'administratif, hiérarchique et fonctionnel.
- La commune du Caylar a adhéré au SIVOM de la Rouvière, transférant ainsi une partie des compétences gérontologiques du CCAS vers l'EPCI.
- Les agents du CCAS du Caylar ont intégré le tableau des effectifs du SIVOM de la Rouvière. L'appartenance des 2 établissements à la FPT a permis un transfert de personnels rapide et sans accroc.
- Le Conseil Général de l'Hérault a pris en charge la question du déficit à travers une subvention exceptionnelle afin que la reprise n'impacte pas les finances du SIVOM de la Rouvière.

³ Dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), crée, dans son article 118, les Agences Régionales de Santé (ARS). Celles-ci, organisées en unités territoriales (par département) se sont vu confier, à partir du 1^{er} janvier 2010, la gestion du secteur médico-social qui était jusqu'ici dévolu aux DDASS, qui disparaissent en tant que telles.

La fusion des deux établissements a permis à l'Anglade de retrouver un équilibre budgétaire. Pourvue de personnels et de moyens nouveaux, elle a pu se médicaliser pour répondre aux besoins des résidents.

La structure allait pouvoir avoir un projet et des objectifs après une longue période de doutes et de tensions.

Mais cette reprise de l'Anglade par la Rouvière s'est déroulée dans de grandes difficultés, causant un traumatisme qui perdure encore aujourd'hui, gravé comme une perte et une spoliation dans l'inconscient collectif de la structure et des habitants de la commune.

En effet, sur le plan politique, l'équipe municipale en place au Caylar a été vivement accusée d'avoir bradé le patrimoine de la commune aux élus de la plaine sous la pression des autorités basées à Montpellier.

Il est nécessaire de souligner combien, sur ces territoires ruraux peu peuplés, les relations salariés / citoyens / élus sont complexes et s'entremêlent dans une dimension de proximité, d'histoire commune, de liens familiaux et bien entendu d'échéances électorales.

Les agents intervenant sur la structure se sont positionnés en rejet de la nouvelle collectivité employeur et de la direction, craignant de perdre leur indépendance et la spécificité de leur structure. A cela s'ajoute une problématique de mobilité, beaucoup redoutant de se voir obligés d'aller travailler à Soubès, alors qu'ils ne le veulent ou ne le peuvent pas.

1.1.4 De la maison de retraite à l'EHPAD

C'est ainsi que s'est formée la Maison de Retraite la Rouvière & l'Anglade : une seule identité juridique, administrative et financière, qui regroupe pourtant deux sites et deux réalités distinctes.

L'apposition des deux noms de structure dans celui de l'établissement montre déjà la difficulté à constituer une entité.

Ce sont deux unités qui vont se développer en parallèle de 1997 à 2002, avec pour seul lien les services administratifs et techniques, dans une méfiance et une incompréhension réciproque.

Un projet d'établissement global a été rédigé, prenant en compte les particularités de chacune des deux structures, afin de composer une offre d'hébergement adaptée aux besoins des populations du territoire.

- La Rouvière (54 places) a été définie comme une structure généraliste, fortement médicalisée, accueillant des personnes ayant un degré de dépendance élevé. Elle se veut ouverte sur l'extérieur, vitrine des efforts des élus du territoire pour prendre en compte les besoins de leurs administrés les plus âgés.
- Au vu des spécificités du public accueilli à l'Anglade, à savoir des personnes pour la plupart désorientées, de son fonctionnement et de la configuration des locaux, en accord avec les orientations du Conseil Général de l'Hérault et des services de l'État, l'Anglade va être reconnue comme une unité fermée de 15 places accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

En 2002, sur la base de ce projet d'établissement, la maison de retraite la Rouvière & l'Anglade a signé sa première Convention Tripartite et est devenu un EHPAD.

La réforme de la tarification des EHPAD, créée par l'arrêté du 26 avril 1999 et le décret du 4 mai 2001, met en place la tarification ternaire (*3 sections budgétaires : hébergement / dépendance / soins*) et passe, pour chaque établissement, par l'élaboration et la signature d'une Convention Tripartite pour cinq ans entre ce dernier, le Président du Conseil Général et le représentant de l'État (Préfet ou directeur de l'ARS).

Ce document définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées. Il formalise également les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités d'évaluation afférentes.

La Convention Tripartite contractualise une série d'objectifs-qualité, exécutables dans les cinq années à venir, dont voici les principaux :

- Mener une réflexion et émettre des propositions quant au devenir de l'Anglade.
- Réaliser une rénovation globale de la Rouvière, assortie d'une mise aux normes de la sécurité incendie en tant qu'Établissement Recevant du Public (ERP) de type J.
- Mettre en œuvre une mise aux normes de sécurité de l'Anglade.
- Former les personnels sans qualification.

- Poursuivre la médicalisation de l'établissement en regard de l'aggravation des situations et pathologies accueillies, à l'aide d'effectifs complémentaires.

La Convention Tripartite définit le tableau des effectifs, négocié pour l'accomplissement des missions et des objectifs-qualité de l'établissement. Cet aspect de la négociation est crucial, tant la question des ratios d'encadrement est prégnante concernant un EHPAD. Les effectifs sont calculés et négociés sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP)⁴ de l'établissement.

L'EHPAD la Rouvière & l'Anglade a bénéficié, à partir de l'année 2002, du tableau des effectifs suivant :

Service	ETP
Administratif	5.00
Technique	6.50
Animation	1.00
Agents sociaux	13.30
Aides-soignants / AMP	14.00
Infirmières	5.22
Psychologue	0.30
Ergothérapeute	1.00
Médecin coordonnateur	0.25
Total	46.57

Soit un ratio d'encadrement de 0.67, qui situe l'établissement parmi les structures ayant une bonne dotation en personnel. Cela est dû à un GMP élevé, de l'ordre de 720 au 30 octobre 2001, ainsi qu'à la distance entre les deux sites qui impose de doubler certains postes, notamment les postes infirmiers.

C'est sur cette base de fonctionnement que s'est déroulée la période 2002-2009.

⁴ Le degré de dépendance de la personne âgée accueillie est évalué à l'aide de la grille AGGIR (*Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource*), qui permet de répartir les personnes en 6 groupes : le groupe 1 correspond à la dépendance maximale, le groupe 6 à l'absence de dépendance. Le classement des personnes âgées dans chacun des GIR (*Groupe Iso-Ressource*) donne lieu à une cotation en points : GIR 1 vaut 1000, GIR 2 vaut 840, GIR 3 vaut 660, GIR 4 vaut 420, GIR 5 vaut 250, GIR 6 vaut 70.

La dépendance moyenne des personnes hébergées dans un établissement est exprimée par le GMP (*GIR Moyen Pondéré*) : il correspond au montant des points dans les différents groupes de toutes les personnes hébergées, divisé par le nombre de personnes hébergées.

La structure de Soubès, la Rouvière a connu une phase de rénovation quasi-complète et de mise aux normes de 2004 à 2005 et a continué de développer les différents objectifs du projet d'établissement.

Au Caylar, l'Anglade n'a que très peu évolué, dans l'attente d'un projet de restructuration. Ce ne sont que des ajustements de locaux et de personnel qui ont eu lieu.

Durant cette période de Convention, si la quasi-totalité des objectifs-qualité ont été atteints, aucune décision n'a été prise concernant le devenir de l'Anglade, et notamment concernant une éventuelle relocalisation de la structure, toujours évoqué mais jamais actée.

Il s'agit d'une question particulièrement complexe au vu de l'histoire tourmentée de l'établissement, et des enjeux politiques sur le territoire : une telle décision aurait inévitablement des répercussions en termes électoraux.

2008 fut une année charnière pour le SIVOM de la Rouvière.

A l'issue des élections municipales du mois de mars, un Conseil Syndical recomposé a été mis en place, qui a désigné à sa tête un Président déterminé à donner un nouvel élan à l'EHPAD. Cela a coïncidé avec le départ de la directrice, aux commandes de la Rouvière depuis sa création, prenant des fonctions électives communales et départementales.

Fort de son passé, mais aussi face à des difficultés ancrées, l'établissement entre donc à ce moment-là dans une nouvelle gouvernance.

1.2 L'établissement aujourd'hui

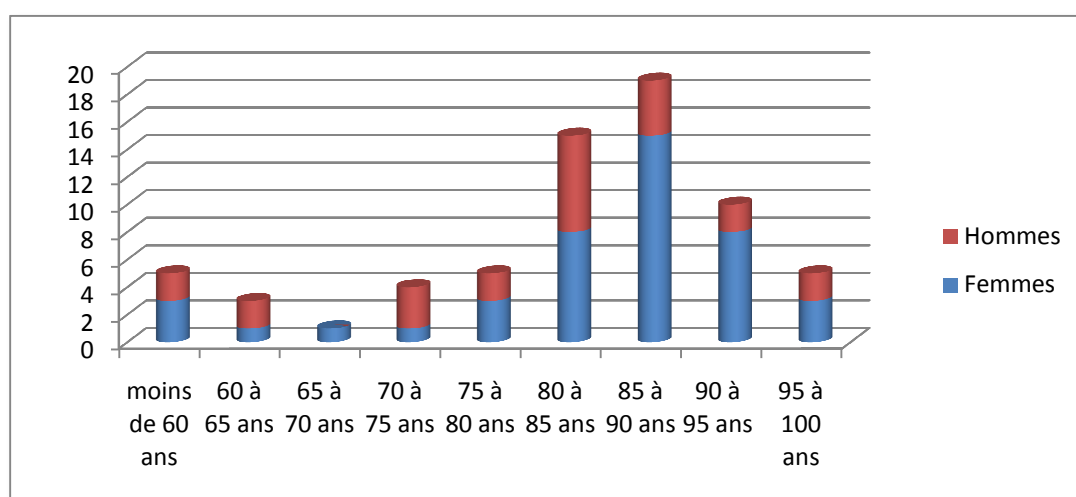
1.2.1 Généralités

Doté de 69 places, l'EHPAD La Rouvière & l'Anglade est un établissement qui présente un des GMP les plus élevés dans le département de l'Hérault.

Voici le tableau récapitulatif des points GIR des personnes accueillies au 30 septembre 2009⁵ :

		ROUVIERE		ANGLADE		EHPAD	
		<i>Nombre résidents</i>	<i>Points GIR</i>	<i>Nombre résidents</i>	<i>Points GIR</i>	Nombre résidents	Points
GIR 1	1000	15	15 000	10	10 000	25	25 000
GIR 2	840	17	14 280	2	1 680	19	15 960
GIR 3	660	9	5 940	1	660	10	6 600
GIR 4	420	8	3 360	0	0	8	3 360
GIR 5	250	1	250	0	0	1	250
GIR 6	70	1	70	0	0	1	70
		51	38 900	13	12 340	64	51 240
		GMP = 763		GMP = 949		GMP = 801	

La moyenne d'âge des personnes accueillies est de 81,7 ans, avec des extrêmes de 53 à 98 ans.



⁵ NB : ce tableau ne traite que de 64 résidents sur les 69 présents dans le sens où nous accueillons, à titre dérogatoire, des personnes de moins de 60 ans qui n'entrent pas dans le calcul du GMP et pour lesquels l'établissement bénéficie d'une tarification forfaitaire.

Le fait que l'établissement accueille des personnes très dépendantes et se soit fortement médicalisé vient conjointement d'une volonté du Conseil Syndical et de la direction de répondre aux besoins en évolution des personnes âgées, et d'une politique d'harmonisation des propositions d'accueil à l'échelle du territoire, les autres EHPAD accueillant des publics moins dépendants.

Les personnels sont affectés sur chaque structure de manière identifiée, sachant que bien entendu le personnel technique et paramédical, ainsi que les remplaçants, interviennent sur les deux unités.

Voyons maintenant les conditions d'accueil et d'accompagnement actuelles dans les deux entités de l'établissement.

1.2.2 La Rouvière

Siège du SIVOM, cœur administratif et logistique de l'établissement, l'EHPAD la Rouvière dispose de locaux spacieux et lumineux qui s'étendent sur 3800 m², récemment rénovés sur les plans esthétiques et fonctionnels, et mis aux normes, notamment au niveau de la sécurité incendie.

47 chambres aux terrasses donnant sur la vallée en contrebas, réparties en 4 ailes dont une fortement médicalisée, accueillent 54 personnes âgées. Il y a donc 7 chambres doubles.

Structure à vocation généraliste, la Rouvière reçoit un public hétérogène aux besoins et aspirations multiples, qui représente le panel des personnes âgées accueillies en EHPAD. Pour illustrer ce propos, nous nous baserons sur les chiffres et statistiques dressés au 30 septembre 2009, dans le cadre de la négociation du budget prévisionnel pour l'année 2010.

Bien que chaque individu soit unique dans son vieillissement et ses besoins, j'ai tenté de catégoriser les personnes que nous accueillons en groupes spécifiques afin de donner une photographie du public accueilli.

Personnes âgées ayant perdu leur autonomie sur le plan physique et/ou cognitif et ne pouvant plus se maintenir à domicile, public « classique » d'un EHPAD.	47 %
Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées présentant ou non des troubles du comportement.	20 %
Personnes handicapées mentales vieillissantes sortant de foyer d'ESAT ou de SAMSAH ⁶ .	13 %
Personnes grabataires nécessitant une médicalisation importante.	14 %
Personnes de moins de 60 ans à 70 ans présentant un handicap dû à des accidents de la vie.	6 %

Chacun de ces groupes de personnes nécessite des moyens et des actes de prise en charge différents, depuis le nursing et la prévention des escarres jusqu'au développement d'actions d'animations.

Le projet de soins de l'établissement est multiple. Il s'attache à donner du sens à une adaptation fine des pratiques aux besoins de chaque résident.

La Rouvière est entrée dans une phase de maturité : correctement dotée en personnel, dans un fonctionnement serein, le projet de la structure se développe et s'enrichit. Une nouvelle phase va pouvoir se mettre en place dans le cadre de la Convention Tripartite de 2nde génération.

Mais un écart de plus en plus marqué se creuse avec la structure l'Anglade, ce qui déstabilise l'établissement dans son ensemble et ne permet pas en définitive l'activation d'un projet global cohérent.

1.2.3 L'Anglade, une structure en difficulté

Au cœur du Caylar, village de 300 habitants, située au fond d'une impasse et flanquée d'un petit jardin, l'Anglade dispose de 15 places réparties en 8 chambres doubles.

Il s'agit d'un bâtiment de 750 m² en location auprès d'Hérault Habitat, office HLM du Département de l'Hérault. Conçus initialement en tant que Foyer-Résidence pour Personnes Âgées (FRPA), donc pour des personnes autonomes, les locaux se révèlent,

⁶ SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. Il s'agit de services d'accompagnement de proximité en milieu ouvert répondant à la politique générale de maintien des personnes adultes handicapées dans le milieu naturel de vie.

au-delà d'une obsolescence esthétique et fonctionnelle, inadaptés voire dangereux pour le public accueilli.

Il n'est pas possible de faire dans ce bâtiment de lourds travaux correctifs, pour des raisons de disposition des lieux d'une part, et du refus du propriétaire d'autre part, qui souhaite se défaire de ce patrimoine sans engager d'investissements.

Devenue, comme nous l'avons évoqué, une structure fermée pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées présentant des troubles du comportement, l'Anglade ne remplit cette fonction qu'en partie.

En effet, parmi les 13 personnes accueillies à l'Anglade au 30 septembre 2009, seules 6 relevaient d'un accueil en structure protégée du fait des symptômes et caractéristiques de leurs maladies : déambulation permanente, désorientation, fugue, comportements aberrants.

Les autres résidents ont vu la perte des fonctions motrices prendre le pas sur les troubles démentiels et sont devenus grabataires, nécessitant alors une prise en charge médicalisée.

Or, du fait de l'éloignement et de la dichotomie entre les deux structures de l'EHPAD, les familles et proches refusent toute réorientation vers la structure médicalisée. La part du projet d'établissement qui concerne cette structure est par conséquent caduque, ne peut plus se développer et doit donc être reconsidéré.

Au-delà de la question de la distance et d'un supposé déracinement, il est vrai que du fait d'un taux d'encadrement des agents de service et de soins très élevé en regard des rations nationaux (5 ETP d'aides-soignantes / AMP ; 9 ETP d'agents sociaux et 2,25 ETP d'infirmières, sans compter le personnel mutualisé avec la Rouvière - ergothérapeute, psychologue, animatrice), le fonctionnement de la structure peut être qualifié de « familial ». Le personnel a en effet le temps, par exemple, de lire quelques pages d'un roman ou d'une revue aux résidents lors du coucher, ce qui ne se voit que dans très peu d'EHPAD.

Ayant suivi peu de formations complémentaires au-delà de leurs qualifications, les professionnels de l'Anglade ont, avec le temps, acquis une grande expérience et des compétences empiriques dans la prise en charge des personnes âgées, notamment celles frappées de démence.

Les agents habitent pour les trois quarts au Caylar et dans les villages alentours. Leur identité professionnelle s'est construite à travers un attachement très fort à la structure et aux résidents, un sentiment d'appartenance au plateau du Larzac, et un rejet de la Rouvière et de ce qui en émane depuis la fusion des deux établissements.

Le climat social n'est donc pas des plus favorables pour construire des changements, d'autant que les familles des résidents, alertées par le personnel sur un éventuel déménagement de la structure, partagent cette méfiance teintée de suspicion.

Dès mon arrivée à la direction de l'établissement, je me suis retrouvé face à une équipe exécutant fort bien les tâches qui lui incombent dans un immense respect des personnes accueillies, mais livrée à elle-même, vraisemblablement pour éviter tout conflit.

Il m'est apparu qu'au sein de ce groupe qui se revendique soudé et autonome, l'ancienneté et le charisme avaient pris le pas sur les considérations hiérarchiques.

Il m'a alors fallu patiemment et obstinément manier à la fois une fermeté intransigeante vis-à-vis de l'équipe dans sa globalité, et compréhension et soutien pour chacun des agents pour rétablir progressivement l'autorité qui m'est déléguée. L'équilibre réalisé ainsi est précaire, mais l'équipe retrouve sous la forme d'un apaisement ce qu'elle a perdu en termes de liberté réelle ou fantasmée.

Les agents composant l'équipe de l'Anglade savent pertinemment que la structure telle qu'elles l'ont connue touche inéluctablement à sa fin. La lutte avec la direction qui est engagée au quotidien depuis de nombreuses années, après être passée par une phase de revendications syndicales, se cristallise aujourd'hui en une dimension affective, le personnel se sentant négligé et négligeable, laissés pour compte d'un établissement qui traînerait l'Anglade comme un forçat le boulet qui l'entrave.

1.2.4 Les besoins des résidents

Tout changement dans un établissement médico-social doit se construire dans l'optique d'une amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement des usagers, même si les impératifs économiques sont des paramètres incontournables de la gestion de cette évolution. La dimension financière est un moyen, mais en aucun cas un but : si des ajustements économiques sont nécessaires, comme nous le constatons pour l'établissement que je dirige, ils ne doivent absolument pas être réalisés au détriment de la qualité du service rendu.

Ce sont donc les besoins existants et à venir des personnes âgées accueillies qui vont orienter mes choix et options retenues pour l'évolution de l'EHPAD, en articulation avec les recommandations des financeurs, les politiques sociales en vigueur, et une gestion rationnelle.

Cette analyse des besoins et le relevé des manques afférents s'élabore à partir bien entendu de l'observation du fonctionnement quotidien de l'établissement, du feedback⁷ des équipes de service et de soins, des observations du Conseil de Vie Sociale et des demandes des familles, croisés avec l'exploitation du référentiel ANGELIQUE⁸ au crible duquel nous avons passé le fonctionnement de l'EHPAD préalablement à la négociation de la Convention Tripartite de 2^{nde} génération.

La Rouvière : depuis le début de cet écrit, le propos est centré sur les particularismes et difficultés de l'Anglade, en ce que cette structure concentre les principaux axes d'effort à mener dans l'établissement.

Mais la Rouvière n'est pas exempte de carences au regard des aspirations et besoins des résidents.

La Rouvière est fortement médicalisée et dispose d'un plateau technique étoffé. La question des soins et des gestes techniques est maîtrisée.

Il est temps maintenant d'entrer dans une nouvelle dynamique d'accompagnement des résidents, en développant les questions de l'humanisme, de l'empathie. Face aux angoisses et souffrances du vieillissement que rencontrent nombre des personnes que nous accueillons, le soin technique ne suffit pas mais doit être accompagné d'une approche relationnelle et tactile non plus intuitive mais conscientisée et construite, facteur d'un apaisement.

De même, l'organisation interne de l'établissement est basée sur la charge de travail des agents pour définir l'ordre des levers, des toilettes, des couchers. Un réaménagement des horaires et des interventions devra permettre une adaptation des rythmes quotidiens à celui de chaque résident.

Il s'agit d'un travail de fonds, collectif, qui devra permettre de mettre en exergue la place centrale des personnes accueillies et faire en sorte que chaque agent de l'établissement s'approprie cette nouvelle dynamique.

⁷ Terme anglais couramment utilisé pour désigner le phénomène de « rétroaction » qui désigne le retour d'un effet (en l'occurrence le résultat d'une expérimentation) sur le dispositif qui lui a donné naissance (ici, le projet de soins).

⁸ ANGELIQUE est un « outil d'auto-évaluation qui a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention ». Il est également utilisé pour établir des bilans intermédiaires de progression.

Source : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces,770/aines,776/dossiers,758/ehpad-ameliorer-l-accueil,1136/ameliorer-la-qualite-en-ehpad-l,8052.html>

La mise en place de nouveaux outils de prise en charge, et notamment d'un programme de formation des personnels dans le cadre de l'humanité⁹ doit être élaboré pour venir accompagner ce décalage de l'approche des soins et de l'accompagnement quotidien.

La recherche de l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées passe également par des besoins en aménagement et en organisation de l'établissement :

- Le temps est passé depuis la création de l'établissement, les caractéristiques du public accueilli ont évolué, et les chambres doubles ne correspondent plus à leur vocation première, à savoir accueillir des couples. Nous admettons essentiellement des personnes seules, et sur ces 7 chambres se pose fortement la question de l'intimité des résidents amenés à cohabiter, même si nous tentons d'appairer au mieux les personnes accueillies.
- Il n'existe pas d'espace dédié pour les séquences individuelles ou collectives d'ergothérapie et les interventions des professionnels paramédicaux extérieurs (kinésithérapeutes essentiellement). Ces séances se déroulent alors dans les parties communes (salons, couloirs...), ce qui n'est pas sans poser des problèmes d'intimité, de confidentialité, et tout simplement d'inadaptation des lieux à ces activités de rééducation.
- D'autres lieux font également défaut : salons calmes, salles de relaxation ou de balnéothérapie, en ce qu'ils sont constitutifs d'une approche des pathologies du vieillissement qui va au-delà des soins et services techniques.
- Enfin, toute une série d'améliorations participant à la bienveillance sont à mettre en place : signalétique adaptée, accroissement des liens avec les familles (information, formation...), renforcement des actions d'animation... etc.

L'Anglade : comme nous l'avons vu au paragraphe précédent, tout porte à considérer que le projet de l'établissement pour les années à venir doit s'appuyer sur l'élaboration du devenir de l'Anglade, en lien avec les besoins des personnes accueillies.

Peu propices à la déambulation, sur plusieurs niveaux, avec des couloirs et des escaliers étroits, les lieux ne sont absolument pas adaptés aux personnes âgées atteintes de

⁹ Apparue dans le vocabulaire des intervenants en gériatrie en 1989, le terme « humanité » définit une philosophie de soins qui pose l'approche relationnelle, empathique et bienveillante comme socle fondamental des pratiques de soins.

démence qui y sont hébergées. La présence d'escaliers, de portes vitrées sont sources de dangers. Le jardin n'est pas accessible depuis le bâtiment.

Le bâtiment se dégrade, tant en ce qui concerne la vétusté à l'intérieur (décoration, peintures, boiseries...), que le bâti et ses éléments eux-mêmes (toiture, huisseries...).

En l'absence d'investissements, ce ne sont que des petites retouches effectuées la plupart du temps par l'équipe technique qui permettent d'assurer aux résidents des conditions d'accueil tout juste décentes. Structure à bout de souffle, l'Anglade ne répond pas aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentés. Il apparaît impossible de déployer le projet de vie spécifique de la structure, tant en raison du caractère non séquentiel de l'accueil, que de la configuration des lieux : voulue comme une unité protégée, on ne retrouve ici que la dimension fermée, contenante, et non un l'espace de libre expression qu'elle devrait être.

De même la formation des personnels n'est pas suffisamment étoffée, notamment en ce qui concerne l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes de démence, et ce pour deux raisons majeures :

- Étant établissement public territorial, l'EHPAD n'a accès qu'aux formations dispensées par le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT), lequel fait peu de propositions de formation en ce sens.
- Les autres sources de formation demandent de dégager des financements supplémentaires impactant la section tarifaire « hébergement » et donc le prix de journée à la charge des résidents. Ceux-ci ont pour le moment été consacrés à la qualification des AMP.
- Il est difficile de mobiliser les agents de l'Anglade sur les questions de formations, dans le sens où se déplacer à Montpellier, où sont dispensées les formations, semble poser à la plupart d'entre elles de sérieux problèmes de mobilité.

Malgré les incohérences que nous soulignons ici, le bien être et le respect des résidents sont assurés, sans tensions ni actes de maltraitance, du fait d'une équipe nombreuse et soudée, très dévouée aux personnes accueillies.

Mais cela ne suffit pas... Nous ne répondons qu'aux besoins primaires et affectifs des résidents, sans prendre en compte l'étendue des besoins liées à leurs pathologies et notamment ceux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il faut donc aujourd'hui construire un projet pour l'Anglade, tant technique que thérapeutique, mais celui-ci ne peut s'élaborer et exister que dans le cadre d'un projet global de l'établissement.

1.3 La nécessaire évolution de l'établissement

1.3.1 La gestion complexe de l'établissement

La partition en deux sites distants de cet établissement a pour conséquence des difficultés de gestion qui ne se limitent pas à des questions de tensions et d'oppositions, lesquelles reposent en grande partie sur la subjectivité.

A la distance entre les deux structures, facteur important de difficulté, se superposent d'autres faits objectifs, qui rendent également le pilotage de l'établissement complexe. Les surcoûts notamment, que ce soit en termes de personnels ou de dépenses courantes, m'imposent une négociation ardue avec le Conseil Général et l'ARS lors du dépôt du budget prévisionnel.

Voici les éléments les plus marquants de ma place de directeur :

- Les trajets quotidiens entre les deux structures, soit 40 kilomètres aller-retour, effectués soit avec les véhicules de l'établissement, soit avec des véhicules personnels, ont des conséquences non négligeables :
 - Des coûts de carburant et de remboursements de frais de déplacements s'élevant à 7.500 € en 2009, impactant le prix de journée.
 - Du temps salarié perdu durant ces trajets de liaison, de l'ordre de 40 minutes pour un aller-retour.
 - Au vu de l'importance des déplacements, j'ai dû contracter une assurance dite « mission collaborateurs » qui permet d'assurer les véhicules personnels des agents lors de leurs trajets dans le cadre professionnel.
 - Nous déplorons quatre accidents de la circulation lors de ces déplacements internes sur les années 2008 et 2009, heureusement sans blessures importantes.
- Ce fonctionnement impose de doubler certains postes de travail pour le bon fonctionnement : c'est le cas par exemple de la présence d'infirmiers au quotidien à l'Anglade qui demande 2,25 ETP pour 15 résidents, soit autant qu'à la Rouvière pour 54 personnes.
- Il est difficile d'assurer la sécurité de l'Anglade la nuit : en effet, le tableau des effectifs limite la veille de nuit à un poste. Cela s'entend en regard du faible nombre de résidents, mais ne va pas sans générer de grandes inquiétudes en cas d'incendie ou d'autre type d'accident.
- Instaurer une permanence du rapport hiérarchique à l'Anglade est complexe. Pour des raisons de charge de travail, ni mon adjointe (chargée des soins) ni moi-même

ne pouvons y passer proportionnellement beaucoup de temps. L'autorité est donc déléguée aux infirmières qui encadrent l'équipe de service et de soins. Or, comme nous l'avons évoqué précédemment, la question du pouvoir dans cette équipe s'est déplacée.

- L'Anglade est un bâtiment vieillissant, très mal isolé (simple vitrage) et chauffé par des radiateurs électriques, ce qui donne au final une dépense d'énergétique démesurée en regard des ratios communément observés en EHPAD.
- De nombreux achats et équipements, par exemple en ce qui concerne les dispositifs médicaux amortissables, doivent être doublés sans que la dotation soins ou le prix de journée ne prenne en compte cette réalité.

Cette dimension économique et fonctionnelle, pesant lourdement dans la gestion de l'EHPAD, est dûment soulignée par les financeurs (Conseil Général et services de l'État) lors de chaque campagne budgétaire.

Mais l'axe crucial de réflexion qui m'installe dans une dynamique de changement au sein de l'établissement, ce sont les besoins des résidents en termes de confort, de bien-être et d'adaptation de la prise à charge des pathologies, notamment mentales.

1.3.2 La nécessité de créer une entité cohérente

Le mot qui à mon sens symbolise au mieux le besoin d'évolution de l'EHPAD la Rouvière & l'Anglade est : « cohérence », en ce qu'il désigne un rapport d'harmonie ou d'organisation logique entre des éléments.

L'établissement ne pourra poursuivre son développement et délivrer des services de qualité aux personnes âgées accueillies que s'il tend vers cette mise en cohérence.

⇒ Une cohérence entre les besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, et les modalités de prise en charge que nous proposons aujourd'hui.

⇒ Une cohérence entre le projet d'établissement, les projets de vie dans chaque unité, et les projets de soins, appropriés par tous les intervenants. En effet, face à la maladie et la souffrance et notamment la démence, seule une solidité, une cohésion peuvent permettre d'ouvrir des espaces de soins.

⇒ Une cohérence en termes de conditions d'accueil et de confort : une telle inégalité de traitement de résidents s'acquittant d'un même prix de journée entre les deux unités ne peut perdurer.

⇒ Une cohérence avec les engagements donnés aux autorités de tarification par l'établissement depuis la 1^{ère} Convention Tripartite : mener une réflexion et élaborer un projet pour l'Anglade.

⇒ Une cohérence en termes d'identité professionnelle pour les agents : elle ne doit pas naître de données géographiques et de rejet des autres, mais d'un projet commun.

⇒ Une cohérence de gestion : en cette période de rationalisation des coûts et des financements publics, les surcoûts générés par la partition de l'établissement en deux sites distants ne seront plus tolérés, même justifiés par des raisons d'équipements territoriaux.

⇒ Une cohérence avec les politiques publiques : à l'heure de la mutualisation des moyens humains et matériels, du regroupement d'établissements notamment dans le cadre des GCSMS¹⁰ (Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale), un EHPAD ainsi scindé n'a plus lieu d'être comme en témoignent les recommandations des autorités de tarification.

1.3.3 La décision politique

A l'issue de ma prise de poste, j'ai eu pour mission de conduire l'établissement vers la Convention Tripartite de 2^{nde} génération.

Dès les prémices de la négociation avec le Conseil Général et la DDASS de l'Hérault, il m'a été signifié par mes interlocuteurs qu'en l'absence d'une décision claire et définitive du Conseil Syndical du SIVOM concernant le devenir de l'Anglade, et plus précisément sa reconstruction auprès de la Rouvière, la Convention tripartite ne serait pas signée.

Le Président du SIVOM, nouvellement nommé, m'a alors demandé de dresser un état des lieux global lui permettant une prise de décision. Les constats évoqués ci-dessus, auxquels s'additionne cette injonction des financeurs, l'ont conforté dans la pensée d'un transfert-reconstruction de l'Anglade sur le terrain de la Rouvière.

¹⁰ Le développement de la coopération entre les établissements et services sociaux et médicosociaux a été réaffirmé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle définit un certain nombre de modalités de regroupement, parmi lesquelles notamment le GCSMS.

Cette solution pour l'avenir de l'établissement qui semble s'imposer, ne serait-ce que par la somme des paramètres qui y conduisent, est toutefois liée à des données qui dépassent largement l'objectivité technique. En effet, le Maire du Caylar ainsi que les élus des villages environnants, qui de plus sont également administrateurs du SIVOM, peuvent difficilement se séparer d'un équipement générant de l'activité sur leur territoire, sous peine de tensions avec leurs électeurs pouvant conduire à une sanction dans les urnes.

Le printemps 2009 fut un long temps de négociations, d'explications et d'apaisement des tensions tant pour le Président du SIVOM auprès de ses collègues Maires, que pour moi-même auprès de l'équipe de l'Anglade et des familles des résidents.

Il s'agissait de maintenir la cohésion au sein de l'établissement et au sein du Conseil Syndical du SIVOM.

Le calendrier électoral était favorable : les élections municipales et cantonales venaient d'avoir lieu l'année précédente et n'interviendraient à nouveau que 5 ans plus tard, et les élus ont pu sereinement prendre conscience qu'il s'agissait là tout simplement de la question de la pérennité de l'EHPAD.

Le 4 août 2009, réuni en séance ordinaire, le Conseil Syndical du SIVOM de la Rouvière a voté une délibération décidant le transfert et la reconstruction de l'unité l'Anglade à Soubès, auprès de la Rouvière (19 voix Pour / 1 voix Contre / 2 Abstentions).

Les délégués du Caylar ne se sont pas présentés à ce Conseil, donnant pouvoir à des délégués d'autres communes affichant une position neutre.

Délégation a été donnée au Président du SIVOM et au directeur de l'établissement pour élaborer ce projet de transfert-reconstruction.

L'établissement va pouvoir maintenant aborder une nouvelle séquence de son existence, soutenu en cela par la signature de la Convention Tripartite de 2^{nde} génération.

1.3.4 La Convention Tripartite de 2^{nde} génération

Tout comme le fut la Convention Tripartite de 1^{ère} génération en son temps, cette deuxième convention 2009-2014, au-delà d'accompagner l'évolution de l'établissement est une révolution : elle repose sur le transfert et la reconstruction de l'Anglade sur le terrain de Soubès.

Cet engagement fort ne doit en aucun cas laisser de côté tous les engagements portés par l'établissement en termes d'amélioration globale de l'accueil et de l'accompagnement des usagers, que ce soit sur le plan technique, organisationnel ou bien encore de la formation des personnels.

Pour atteindre ces objectifs, l'accent a notamment été mis sur l'accroissement du tableau des effectifs durant la négociation, et mon argumentaire a été en grande partie entendu : voilà les effectifs de l'établissement à partir du 1^{er} juillet 2009.

Service	ETP 1^{ère} convention	Apport 2^{ème} convention	Total
Administratif	5.00	- 1.20	3.80
Technique	6.50	+ 2.10	8.60
Animation	1.00	-	1.00
Agents sociaux	13.30	+ 5.00	18.30
Aides-soignants / AMP	14.00	+ 3.00	17.00
Infirmières	5.22	-	5.22
Psychologue	0.30	+ 0.20	0.50
Ergothérapeute	1.00	-	1.00
Médecin coordonnateur	0.25	-	0.25
Total	46.57	+ 9.10	55.67

Du fait de cette augmentation de 9,10 ETP, nous disposons donc d'un ratio d'encadrement de 0.81, un des plus élevé du département de l'Hérault. Il faut bien entendu le mettre en regard d'un GMP particulièrement élevé, mais cela permet un fonctionnement apaisé.

C'est à mon avis à partir de ce taux que l'EHPAD peut s'orienter vers une réelle dimension de bienveillance, et éviter le stress et le burnout¹¹ professionnel chez les agents.

Cet accroissement des effectifs, en lien avec la décision de transfert-reconstruction de l'Anglade prise par le Conseil Syndical et les recommandations (schémas, cahiers des charges...) du Conseil Général et de l'ARS, va permettre l'élaboration et la conduite d'un projet favorisant la mise en cohérence de l'établissement.

¹¹ Le syndrome du burnout professionnel se caractérise par un état d'épuisement général, à la fois psychique, émotionnel et mental. Ce syndrome d'épuisement peut engendrer des conséquences médicales sérieuses comme la dépression ou des maladies somatiques.

Il s'agit, à travers la réunification matérielle de l'EHPAD, de créer un projet d'accueil et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées présentant des troubles du comportement sévères, tout en permettant aux personnels de l'actuelle Anglade d'entrer dans ces changements radicaux dans une dynamique d'apaisement et d'investissement professionnel.

J'ai pour mission de conduire l'EHPAD la Rouvière & l'Anglade vers une consolidation lui permettant d'affronter son avenir : cela ne pourra se construire qu'en réponse aux besoins des personnes âgées du territoire, en lien avec le développement des compétences et du bien-être du personnel de l'établissement.

2 La prise en compte de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

2.1 Les politiques publiques face au vieillissement de la population

2.1.1 Les données démographiques

Le vieillissement démographique, qui désigne l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population, est un phénomène collectif qui se distingue du vieillissement biologique, propre à chaque individu avançant en âge.

Il provient de la diminution de la fécondité et de l'allongement de la durée de vie moyenne. La première cause a pour effet de rétrécir la base de la pyramide des âges - « vieillissement par le bas » - et la seconde, d'allonger la pyramide et de l'élargir aux âges élevés - « vieillissement par le haut ».

Cette tendance concerne jusqu'à présent les pays du Nord, dont la fécondité et la mortalité ont beaucoup baissé, mais il commence à toucher les pays du Sud et devrait être l'un des grands changements sociaux de l'humanité au cours du XXI^e siècle

En France, selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 1950, l'espérance de vie des hommes était de 63,4 ans et de 69,2 ans pour les femmes, alors qu'en 2005, elle atteignait 76,7 ans pour les hommes et 83,8 pour les femmes. En 2010, on note que cette augmentation se poursuit, et cette tendance devrait continuer dans les années qui viennent.

Lors des dix dernières années, la proportion de jeunes de moins de 20 ans est passée de 26,7% à 25,3% alors que celle des plus de 65 ans a augmenté (de 14,6 à 16,2%). Il y a 12 millions de personnes de plus de 60 ans en France, et 2,3 millions de plus de 80 ans.

A partir de 2010, un basculement s'opère : pour la première fois de l'histoire il y a plus de personnes de plus de 60 ans que de moins de 20 ans. En 2020, on comptera 17 millions de Français de plus de 60 ans dont 4 millions d'octogénaires et quelques dizaines de milliers de centenaires.

Le territoire français connaît des disparités régionales : par exemple, il y a plus de jeunes dans le Nord et plus de personnes âgées dans le Sud du pays, sujet à un phénomène d'héliotropisme des retraités. Même si les mouvements migratoires, amenant une population plus jeune, ralentissent le vieillissement démographique dans certaines

régions, notre pays se trouve en dynamique de gérontocroissance¹², c'est-à-dire d'augmentation des effectifs de personnes âgées au sein de la population, au-delà des proportionnalités.

En termes de projections dans l'avenir, on s'aperçoit que la population continue de croître et que le vieillissement se poursuit.

Au 1^{er} janvier 2050¹³, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période, mais à un rythme de moins en moins rapide.

En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. Ces résultats sont sensibles aux hypothèses de projection retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable.

L'avis du Conseil Économique et Social, lors de la séance des 25 et 26 septembre 2007, concernant l'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins, comporte la phrase suivante dans son préambule : « *Les secteurs de la santé et de l'accompagnement social des personnes âgées figurent parmi ceux qui seront les plus touchés car l'allongement de la durée de la vie s'accompagnera d'une augmentation de la part des personnes âgées dans la population globale et du nombre de personnes âgées dépendantes. C'est la raison pour laquelle l'allongement de la durée de la vie est un défi pour les systèmes d'aides et de soins.* »

2.1.2 L'évolution des politiques publiques en France

Bien évidemment, l'évolution démographique appelle des mesures législatives destinées à adapter les politiques sociales aux réalités de la population. Voici les éléments les plus marquants qui ont conduit au paysage légal actuel :

¹² DUMONT G.F., 2006, *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Géographie - politique - prospective*, Paris : Ellipses, 197 p.

¹³ ROBERT-BOBÉE I., 2006, *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*, Paris : INSEE - Division Enquêtes et Études Démographiques, consultable sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089etreg_id=0

Jusque dans les années soixante, la majorité des personnes âgées vivaient en famille. Mis à part les politiques publiques d'assistance aux pauvres, sous forme d'aides ponctuelles, seules quelques associations caritatives intervenaient sous forme de soutien à domicile, financées par l'Aide Sociale Départementale dans un premier temps, puis par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

En 1960, la Commission d'Études des Problèmes de la Vieillesse, créée par le Premier Ministre Michel DEBRÉ fait un bilan des évolutions démographiques et émet les grandes lignes d'une politique de la vieillesse, essentiellement tournée vers la socialisation et le maintien à domicile¹⁴. Durant 10 ans, les actions en découlant se limiteront à des projets ponctuels portés par des acteurs sociaux, luttant contre la précarité et la marginalisation des personnes âgées.

Le sixième Plan (1970-1974) a initié un programme prenant en compte les besoins d'environ 100.000 personnes âgées en termes de maintien à domicile ou d'entrée en institution. Malgré des nombreuses incohérences organisationnelles, ce sont développés de nombreux services, des foyers-logements aux services d'aide à domicile.

La loi hospitalière de 1970, puis la loi de 75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, ont permis la transformation des hospices, soit en services hospitaliers de long séjour, soit en établissements médico-sociaux. Cela instaure une partition de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en deux secteurs à la réglementation et à la tarification différentes, l'un sanitaire et l'autre social.

Le début des années 80 voit une reformulation de la pensée des politiques en faveur des personnes âgées : du fait de la mise en retraite des travailleurs de plus en plus tôt, la distinction s'opère entre retraités et personnes âgées. Selon Le Professeur Jean-Claude HENRARD, il s'agit de « *la fin de la politique du troisième âge [...] la vieillesse qui a été refoulée vers le quatrième âge se confond avec la dépendance.* »¹⁵.

A la même période, les lois de décentralisation de 1983, puis de 1986 confient les responsabilités en matière d'action sociale et médico-sociale aux Départements, l'État conservant la gestion du médical.

A partir de ces années-là, les politiques publiques vont se développer sur deux axes majeurs :

¹⁴ Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque. Paris : La Documentation française, 1962, 438 p.

¹⁵ Pr. JC HENRARD - actualité et dossier en santé publique n°20 septembre 1997. P 14-15.

- Les alternatives à l'hospitalisation (IXème Plan, 1984-1988) à travers le développement de l'aide à domicile, la professionnalisation des intervenants, les aides à l'accueil familial, la question de la socialisation des personnes isolées.
- Une réflexion de fonds quant à la réforme des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, et plus généralement vis-à-vis de la grande dépendance et son accompagnement.

En parallèle, à partir de la Loi réformant les retraites en 1993 (*augmentation de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein pour les salariés du secteur privé*) se dessine la prise en compte des conséquences du vieillissement de la population en regard du système de retraites par répartition.

Les années qui suivent seront émaillées de nombreuses études et d'une série de réformes, modelées par l'évolution démographique et les projections à moyen terme, mais aussi par l'idéologie des gouvernements en place, parmi lesquelles nous citerons notamment la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, dite « loi Fillon sur les retraites » (*Ses principales dispositions incluent un allongement de la durée de cotisation, des incitations à l'activité des « seniors » et la mise en place d'un système de retraite par capitalisation individuelle*), ainsi que la réforme actuellement en cours d'examen par les chambres parlementaires, et en discussion avec les partenaires sociaux.

A la suite d'une série d'études et de rapports, paraît le 24 janvier 1997 la loi sur la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), aide destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de 60 ans. Elle est attribuée par le département au titre de l'Aide Sociale et récupérable sur succession.

La PSD, mise en place « *dans l'attente de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes* », n'aura pas les effets escomptés notamment en termes de nombre de bénéficiaires, mais cette expérimentation conduira à la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui va permettre de financer l'accompagnement aux actes de la vie quotidienne.

En 2000 intervient la circulaire relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD, qui institue la tarification ternaire et la Convention Tripartite que nous avons évoquées précédemment. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, vient définitivement intégrer, à travers l'article L312-1, les EHPAD aux Établissements Sociaux et Médico-sociaux, et les dote ainsi d'un statut et d'objectifs leur permettant d'aborder les enjeux actuels et futurs de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Le Plan Vieillesse solidarité 2004-2007, puis le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 vont s'axer sur :

- Le développement du libre choix de rester à domicile en développant l'offre de services et de soins.
- La modernisation et l'amélioration des conditions de vie en EHPAD (*Il est notamment prévu d'augmenter le nombre de personnels soignants pour disposer, au terme du Plan, d'un professionnel par résident dans les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes...*).
- Une nouvelle dynamique de recherche et de prévention.
- Le développement et la labellisation des filières gériatriques.

En parallèle et en complémentarité de ces Plans vont se développer des mesures spécifiques pour le traitement des problématiques liées à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées.

2.1.3 Les mesures spécifiques « Alzheimer »

A partir de 2000, les politiques publiques vont se tourner de manière spécifique vers la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, à travers un premier rapport¹⁶ qui souligne le nombre insuffisant des solutions satisfaisantes apportées et l'absence de coordination entre les différents acteurs de l'accompagnement des malades.

En 2001, apparaît le premier Plan Alzheimer¹⁷, tourné vers le diagnostic, les accueils de jour et les accueils temporaires, mis en œuvre à travers la circulaire N°2002-222 du 16 avril 2002 : il s'agit de la première réponse globale face à la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Une réflexion éthique se construit alors, toujours en marche aujourd'hui.

Le deuxième Plan Alzheimer 2004-2007, en parallèle au Plan Solidarité Grand Age, poursuit les actions du Plan précédent, le renforçant par la création d'outils de formation

¹⁶ J.-F. Girard, A. Canestri. *La maladie d'Alzheimer* Rapport de mission - Septembre 2000.

¹⁷ *Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Octobre 2001.

et de prévention, ainsi que par la médicalisation et la modernisation des EHPAD. La prise de conscience générale de la situation des personnes âgées dépendantes lors de la canicule de l'été 2003 va favoriser la mise en œuvre du Plan.

En 2007, la campagne nationale d'information et de sensibilisation lancée par un collectif associatif réunissant les plus grandes associations sous le nom « Collectif Alzheimer » reçoit le label « Grande Cause Nationale »¹⁸, ce qui souligne la mise en exergue de cette problématique sanitaire et sociale au sein de notre société.

Le Président de la République a confié au Pr. MENARD¹⁹, le 1er août 2007, la présidence d'une « Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ».

Composée d'experts parmi les plus éminents de ce problème de santé publique, la commission a rendu le 8 novembre 2007 un rapport suivi de recommandations pour l'élaboration d'un nouveau Plan Alzheimer.

Ce rapport, unanimement salué pour son exemplarité tant en termes de méthodologie et de pertinence qu'en termes d'humanisme, a donné lieu à l'élaboration du Plan Alzheimer 2008-2012, présenté le 1^{er} février 2008, qui en reprend quasi intégralement les préconisations.

Construit en 44 mesures, le Plan Alzheimer repose sur l'actualisation des connaissances médicales et leur traduction en termes d'actions auprès des malades. Il se développe sur 3 axes (recherche, santé et solidarité), et se caractérise par un pilotage interministériel. Ambitieux, il prévoit un total de dépenses de 1,6 milliards d'Euros sur 5 ans.

Dans son volet sanitaire et médicosocial, le Plan prévoit une organisation spécifique des soins, favorisant le diagnostic précoce et l'accès simplifié à l'information et aux soins pour les malades et les aidants. Les réseaux tissés autour des MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer)²⁰ en sont un exemple.

¹⁸ Il s'agit d'un label gouvernemental attribué chaque année à une campagne d'intérêt public mise en œuvre par un organisme ou un collectif d'associations, autour d'un thème qui change tous les ans. Le label permet aux organismes choisis d'obtenir des diffusions gratuites de messages sur les radios et télévisions publiques.

¹⁹ Professeur de Santé Publique, Joël MENARD est un ancien Directeur Général de la Santé.

²⁰ Les MAIA sont des "lieux d'orientation de la prise en charge" où les malades et leurs proches peuvent être conseillés par des médecins et des assistants sociaux afin de construire un parcours de prise en charge personnalisé avec l'aide d'un coordonnateur.

Dans le cadre du transfert-reconstruction de la structure l'Anglade, nous nous intéresserons plus particulièrement à la mesure N° 6 du Plan, destinée à organiser la prise en charge des personnes malades accueillies en EHPAD.

Mais il est d'abord nécessaire de définir la question de la démence et des troubles psycho-comportementaux associés du point de vue de l'accueil et de l'accompagnement en établissement.

2.2 La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

La démence traitée en EHPAD est protéiforme, et est généralement définie, notamment vis-à-vis du grand public comme « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées »... Mais ce vocable revêt une réalité bien plus complexe, et désigne les différentes démences liées au vieillissement. La maladie d'Alzheimer est bien entendu la première cause de démence.

La pathologie démentielle est responsable de plus de 50% de la dépendance du sujet âgé. C'est une des raisons qui explique la prévalence importante de démence en institution. Le taux de démences diagnostiquées double tous les 5 ans après 65 ans pour atteindre 30 à 40% des sujets de 85 ans et plus.

Pour un directeur d'établissement, comprendre, penser et développer l'accueil et l'accompagnement des personnes malades, c'est tout d'abord acquérir un certain nombre de notions concernant les maladies et les troubles du comportement.

2.2.1 Les différents types de démence

La démence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *une altération de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de tous les jours, apparue depuis au moins 6 mois et associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxie²¹, gnosie²², ou modification de la personnalité.* »

Affaiblissement progressif de l'ensemble des fonctions intellectuelles, dû à une dégénérescence des cellules nerveuses cérébrales, la démence est un état qui résulte d'une affection cérébrale provoquant une détérioration du fonctionnement cognitif (ou mental) et qui à terme peut altérer la personnalité du sujet.

²¹ Praxie : Activité gestuelle différenciée et coordonnée, produit d'une activité nerveuse supérieure, en fonction d'une action exercée sur le corps ou sur le monde extérieur et ses objets.

²² Gnosie : Faculté permettant de reconnaître un objet ou un fait par l'un des sens (toucher, vue, etc.).

Les démences se divisent en deux catégories :

- Les démences dégénératives sont notamment représentées par la maladie d'Alzheimer. Survenant après 60-70 ans, le plus souvent chez la femme, elles sont liées à des lésions dégénératives du cortex cérébral et représentent environ 60% des cas.
- Les démences symptomatiques sont la conséquence d'une maladie qui finit par faire souffrir les cellules nerveuses cérébrales. Elles représentent environ 40% des cas.

Là aussi la réalité est plus complexe : 50 % des cas de démence sont en fait des démences mixtes associant, par exemple, maladie d'Alzheimer et démence vasculaire.

Nous allons ici dresser un rapide aperçu des principaux types de démences auxquelles sont confrontés les EHPAD :

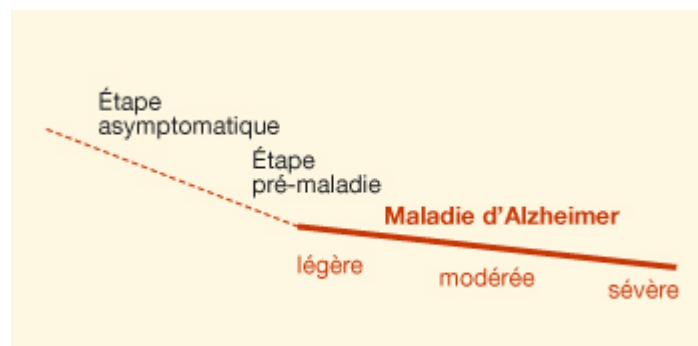
Les démences dégénératives

- La maladie d'Alzheimer est une démence neurodégénérative qui touche en premier lieu les fonctions cognitives et se répercute sur le comportement et l'adaptation sociale des patients.

Il s'agit de la maladie la plus répandue, et la plus emblématique : elle concerne actuellement environ 860 000 personnes en France, touchant 5% de la population âgée de plus de 65 ans et 15 % des plus de 85 ans.

D'après une étude²³ de l'INSEE, il est à noter que 1,3 million de Français, soit une personne de plus de 65 ans sur quatre, pourraient être atteint en 2020.

L'évolution de la maladie d'Alzheimer peut durer de 3 à 20 ans (en moyenne une dizaine d'années), suivant des étapes schématisées ci-dessous :



²³ Duée M., Rebillard C., 2004, *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme*, Document de travail G2004/02, Paris : INSEE.

- La démence à corps de Lewy : durant cette maladie, 10 à 15% des neurones disparaissent, les autres neurones atteints arrêtent de fonctionner mais restent présents dans le cerveau. La démence à corps de Lewy peut se développer seule mais elle peut également se développer parallèlement à une Maladie de Parkinson ou une Maladie d'Alzheimer. La démence à corps de Lewy n'est pas curable et sa durée d'évolution est de 7 ans, en moyenne, sa progression étant plus rapide que celle de la maladie d'Alzheimer. Cette maladie représente la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer, et représente 15 à 20% des démences dégénératives.

Les démences symptomatiques

- Les démences alcooliques : l'alcoolisme chronique est une cause fréquente d'atrophie cérébrale, à laquelle peuvent s'ajouter d'autres causes de troubles cognitifs dont le syndrome de Korsakoff. Le DSM III-R²⁴ définit la démence alcoolique comme « une démence apparue dans les suites de la prise prolongée et massive d'alcool ». Cette démence atteindrait 20 à 50 % des alcooliques chroniques.
- Les démences vasculaires s'originent la plupart du temps dans la survenue d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et se présentent sous diverses formes selon la localisation de l'atteinte cérébrale. Le diagnostic se révèle donc complexe car les troubles ne se révèlent qu'à l'issue de la phase de récupération post-AVC.
- La maladie de Parkinson avec démence : même si la maladie de Parkinson atteint le système nerveux central, elle ne s'accompagne pas forcément d'une démence. En Europe, on estime que 1,6 % des personnes de plus de 65 ans sont atteintes par la Maladie de Parkinson et que 20 à 30 % des personnes atteintes de la Maladie de Parkinson développent une démence en parallèle. L'âge moyen de début de la maladie de Parkinson se situe entre 55 et 60 ans. Après 75 ans, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués diminue.
- Enfin, d'autres démences symptomatiques naissent d'accidents ou de maladies :
 - Les démences neurochirurgicales (Hydrocéphalie, Tumeurs, Hématome sous-dural)
 - Les démences inflammatoires (Sclérose en plaques)

²⁴ En France nous possédons trois références principales en matière de classifications-diagnostic des pathologies mentales, dont le DSM qui est le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, instauré par l'American Psychiatric Association. De nombreuses versions ont été publiées. La dernière date de 2000 avec le DSM-IV-TR (*Fourth edition Text Revision*).

- Les démences infectieuses (Maladie de Creutzfeldt-Jakob, démence liée au VIH, démence liée à la syphilis)

Les démences atteignent les fonctions cognitives et notamment le repérage temporo-spatial des personnes âgées malades. Elles sont caractérisées en termes de symptômes par la confusion et les troubles du comportement.

2.2.2 Les troubles du comportement

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ne se limitent donc pas à des atteintes cognitives, mais sont aussi des maladies du comportement et de la relation. Les troubles du comportement touchent environ 80% des personnes âgées démentes.

Les symptômes psycho-comportementaux se définissent comme « *des conduites et attitudes inadaptées en référence aux normes culturelles communément admises* »²⁵.

Bien que chaque type de démence présente une symptomatologie spécifique, les troubles du comportement se confondent et se recoupent, si bien que seul un diagnostic médical va permettre de définir le type de maladie dont souffre le sujet, et permettre d'organiser un accompagnement médical et médico-social adapté.

Les troubles psychologiques et comportementaux sont présents à toutes les étapes de la maladie, ce dès le stade précoce. Ils sont extrêmement variés et peuvent être regroupés selon leur dimension principale. L'aggravation progressive de ces troubles mène à la perte d'autonomie, et nécessite à terme une prise en charge en établissement.

Nous allons tenter d'en dresser ici un panorama simple et explicite, dans le sens de ce qui interroge la mise en œuvre d'un accueil et d'un accompagnement en EHPAD.

La dépression : très souvent observée dans la maladie d'Alzheimer, il s'agit en fait plus de symptômes dépressifs que d'une dépression majeure. La survenue de la dépression au cours de l'installation de la démence va aggraver la perte d'autonomie, se traduisant par :

- Un ralentissement de l'activité psychomotrice,
- Des troubles de la prise d'initiative,
- Des difficultés à élaborer une pensée abstraite ou à utiliser un savoir acquis,

²⁵ OHNEN S.H., 2002, « Troubles psycho-comportementaux du sujet âgé. Aspects cliniques. », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. Année 2 - Juillet-Août 2002.

- Des troubles de la mémoire,
- Une altération de la personnalité.

Le langage, la gestuelle et les sens restent relativement préservés.

Les troubles anxieux : d'abord centrée sur la prise de conscience de la perte des fonctions cognitives, l'angoisse va se traduire progressivement sous forme de comportements « inappropriés » (rituels obsessionnels, déambulations, cris, fugues, conduites d'opposition... etc.) à travers lesquels le sujet va tenter de s'apaiser.

L'angoisse d'abandon, très fréquente en phase sévère de la maladie, entraîne des comportements d'adhésion et des demandes incessantes, épuisant l'entourage tant familial que professionnel.

Les troubles émotionnels : cela représente deux réalités, survenant à des stades différents de la maladie.

- En phase légère, les malades peuvent vivre un émoussement affectif, qui se traduit par une indifférence, une réduction des expressions affectives, une perte de la recherche du plaisir.
- En phase sévère de la maladie, on note l'apparition d'une instabilité émotionnelle donnant des fluctuations brutales de l'humeur (dépression/euphorie, excitation/désintérêt) ainsi que des réactions disproportionnées aux événements (réactions dites « de catastrophe »).

L'agressivité : principale cause du placement en établissement, il s'agit d'un comportement courant chez les personnes malades. Allant des débordements verbaux jusqu'aux agressions physiques, ce trouble psycho-comportemental s'aggrave avec l'évolution de la maladie, passant de formes à minima (irritabilité, opposition) à des formes plus violentes.

Il s'agit d'une réaction à un environnement vécu, du fait de l'altération des fonctions cognitives, comme étranger et dangereux.

L'agitation : trouble du comportement le plus répandu, l'agitation concerne de 50 à 90 % des cas, selon les différentes études. Définie comme étant des comportements verbaux ou moteurs inadaptés, les manifestations sont très variables mais peuvent être regroupées comme suit :

- Comportements stéréotypés ayant perdu l'intentionnalité (par exemple, une résidente de la Rouvière nettoie ses lunettes sans interruption tout au long de la journée).

- Productions verbales répétitives sans lien avec l'environnement (le même mot, la même question réitérée sans cesse).
- Comportements répétés sans but cohérent (plier et déplier, s'habiller et se déshabiller en permanence, aller constamment aux toilettes... etc.)
- Déambulation et fugue : ce sont les manifestations d'agitation les plus fréquentes (de 50 à 60 % des cas). La fugue peut mettre la vie du malade en danger et est très angoissante pour les soignants et l'entourage.

En fin d'évolution, l'agitation prend souvent une forme élémentaire et répétitive : pétrissage, frottements de mains... etc.

Les troubles psychotiques : apparaissant tardivement dans l'évolution de la maladie, les troubles psychotiques ont une fréquence évaluée de 25 à 40 % des cas. Ils créent souvent en cascade des troubles de l'agitation ou de l'agressivité. On observe trois types de troubles :

- Les idées délirantes représentent environ 40 % des cas. Il s'agit d'interprétations erronées des faits et événements, la plupart du temps dans un ressenti de persécution (vol, préjugés, jalousie).
- Les hallucinations, plus fréquemment visuelles qu'auditives ou sensitives, peuvent évoquer des menaces, mais sont la plupart du temps l'évocation de personnes décédées ou absentes.
- Les troubles de l'identification, présents dans 25 à 30 % des situations, désignent tout un panel de troubles, allant de l'erreur d'identification d'une personne jusqu'à l'invention d'un compagnon imaginaire, en passant par la non-reconnaissance de soi dans un miroir.

Les troubles des conduites élémentaires :

- Les troubles du comportement alimentaires sont à l'origine de sévères dérèglements de santé chez les personnes âgées malades, que ce soit sous forme d'anorexie pour les malades d'Alzheimer, ou bien de boulimie dans d'autres cas de démences. En fin d'évolution, le comportement alimentaire est fortement perturbé, allant jusqu'au refus de se nourrir à travers une attitude d'opposition.
- Les troubles de la sexualité, représentant environ 8% des cas, se repèrent essentiellement à travers des comportements de désinhibition : avances à des inconnus, manifestations verbales, masturbation publique, libido exacerbée... Ces troubles sont vraisemblablement bien plus répandus, mais ne se manifestent pas

en termes de perturbations, et sont donc difficilement repérables, se jouant plutôt du côté de l'apathie et du désintérêt.

- Les troubles du rythme veille-sommeil sont fréquents (environ 40% des cas). Simple fragmentation du sommeil et réveil précoce au début de la démence, le rythme devient anarchique avec l'évolution de la maladie et conduit souvent à une inversion jour / nuit. Les éveils nocturnes sont source d'agitation et de déambulation dans une dimension de confusion : à l'origine très souvent du placement de la personne en EHPAD, cela y pose également des problèmes de prise en charge.

La fréquence des troubles du comportement semble s'élever avec l'évolution de la démence. Selon Noblet-Dick²⁶, le nombre et la gravité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence augmentent avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer et on observe une évolution où les troubles comportementaux et psychotiques semblent supplanter chronologiquement les troubles psychologiques et de l'humeur.

Les troubles du comportement sont envisagés, notamment par la psychanalyse, comme étant des symptômes psychiques et relationnels d'une souffrance liée à une inadaptation du sujet malade à son environnement, et comme étant des conduites inconscientes de rassurance, d'expression et de construction de cohérence.

Des réactions de l'entourage, soignant ou familial, non adaptées à cette réalité (interdictions, contentions, surmédication... etc.) vont être facteurs d'angoisse et vont renforcer l'agitation du malade.

La prise en compte de la souffrance et la peur exprimées à travers ces conduites perturbées doit être l'axe principal du projet de soins et du projet de vie construits avec la personne malade en EHPAD.

²⁶ NOBLET-DICK M, KIESMANN M, KALTENBACH G, et al. 2004 « Evaluation par l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) des symptômes comportementaux et psychologiques aux différents stades de la maladie d'Alzheimer. », *Revue de Gériatrie*, 29, 605-612

2.2.3 L'accompagnement et les soins

La prise en charge de la démence ne peut s'entendre que dans une dimension globale de soins de l'individu, prenant en compte ses diverses problématiques de santé liées au vieillissement et à la dépendance afférente.

Notre propos va se cantonner à l'accompagnement du sujet dément en établissement.

La dimension soignante va se construire sur la base d'un diagnostic médical précis, issu d'une évaluation gériatrique globale composée d'examen biologiques, du recours à l'imagerie médicale, ainsi que d'un bilan cognitif (une série de tests, dont le Mini Mental score²⁷ - MMS) et d'un bilan comportemental (notamment à l'aide de l'Inventaire Neuropsychiatrique²⁸ - NPI).

La première approche est donc médicale. Deux types de médications sont alors à l'œuvre :

- Il existe aujourd'hui, et la recherche est extrêmement active sur ce champ, des traitements utilisés notamment dans la maladie d'Alzheimer permettant un ralentissement de la destruction neuronale et minorant les troubles psycho-comportementaux.
- Sont également utilisés des médicaments, neuroleptiques pour la plupart, sensés masquer ou corriger les anomalies comportementales dont fait preuve la personne malade. Cette médication est sujette à caution dans le sens où il peut s'agir d'une contention médicamenteuse.

Nous sommes donc face à des traitements symptomatiques qui n'ont pas de vertu curative et ne sont pas une fin en soi mais vont permettre l'élaboration et le déploiement d'un projet psycho-médico-social. Le médecin traitant est le pivot, en concertation avec le médecin coordonnateur de l'établissement, de ce projet global de soins.

Ce projet de soins convoque une pluridisciplinarité au service de la personne malade, composant les différents axes d'un accueil de la personne âgée démente.

²⁷ Ce test, également nommé test de Folstein, au cours duquel le patient répond à une série de 5 épreuves, explore l'orientation temporo-spatiale, l'apprentissage, la mémoire, l'attention, le raisonnement et le langage.

²⁸ Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles psychologiques chez des patients souffrant de pathologies cérébrales. Le NPI a été mis au point pour être utilisé chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou un autre type de démence, mais il peut se révéler utile dans l'évaluation des modifications du comportement survenant dans d'autres pathologies.

Approche technique, accompagnement humanisé et environnement positif sont les éléments majeurs d'une prise en charge dont l'harmonisation et l'intégration incombe au directeur d'EHPAD, garant des bonnes pratiques dans le cadre de la conduite du projet d'établissement.

A mon sens, au regard de différents travaux réalisés sur cette thématique, et notamment le « *Guide des Bonne Pratiques de Soins en EHPAD* » édité par la Direction Générale de la Santé, le projet de soins ne peut se développer que si plusieurs dynamiques complémentaires et indissociables sont à l'œuvre:

Le maintien des compétences physiques et cognitives, que ce soit à travers des interventions paramédicales spécialisées (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie... etc.) qui par le biais d'interventions individuelles et collectives évaluent, maintiennent ou rééduquent les fonctions motrices et cérébrales mises à mal ou menacées par la maladie, mais aussi par une stimulation permanente de tous les acteurs de la vie en EHPAD, agents de services, soignants et animateurs.

Cela participe également, et ce de manière importante, au ralentissement de la progression de la démence et des troubles psycho-comportementaux afférents.

Une approche humanisée de la prise en charge de la dépendance : le quotidien d'un EHPAD se compose de mille gestes techniques, exercés par de multiples intervenants (agents sociaux, auxiliaires de soins, personnel infirmier, adjoints techniques...) visant à suppléer à la perte d'autonomie des personnes âgées accueillies. Métiers difficiles, pratiques ritualisées et sans cesse recommencées peuvent mener à une automatisation de l'accompagnement, avec le risque d'une maltraitance passive ou, tout du moins, d'une absence de bienveillance.

C'est à travers une approche renouvelée des actes et des attitudes du quotidien, intégrant une intention en direction du sujet pris en charge au-delà de sa déficience, que va naître cette restitution de l'humanité chez la personne démente.

Par exemple, au sein de la Rouvière, j'insiste fortement sur la nécessité incontournable de regarder dans les yeux la personne privée de ses fonctions motrices que l'on nourrit.

L'humanité, la communication par le toucher, l'approche empathique sont des philosophies de soins qui permettent le nécessaire décalage des intervenants, conférant ainsi une dimension humanisante à des gestes quotidiens qui peuvent perdre leur sens si l'on n'y prend garde.

Une organisation de l'établissement cohérente et apaisante, axée sur le maintien d'une vie sociale et affective, sur la notion de plaisir également (plaisir des sens, du jeu, du rire...) et sur une organisation sans heurts ou changements majeurs.

Les tensions et crises au sein d'une institution ont des répercussions directes et indirectes sur les usagers, et notamment les personnes désorientées, perpétuellement en quête de réassurance et de cohérence.

Une alliance entre l'établissement et la famille et les proches au service de la personne âgée. En effet, La famille ou le conjoint d'une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée souhaitent souvent s'en occuper le plus longtemps possible. L'évolution de la maladie, même ralentie le plus possible par des soins attentifs et un traitement bien suivi, dépasse très rapidement les capacités de l'aidant, en particulier s'il s'agit du conjoint lui même âgé : survient alors l'entrée en EHPAD, souvent assortie pour la famille de sentiments corolaires tels que la culpabilité, la méfiance voire le rejet de l'établissement.

Or, il est fondamental que les proches puissent continuer de jouer un rôle auprès de la personne malade, repère affectif nécessaire à la mise en œuvre de la dynamique de soins. L'adhésion de la famille aux projets de soins et de vie, une communication transparente quant à l'évolution de la maladie (notamment les troubles du comportement), la participation des proches aux activités sont autant de passages obligés pour que se constitue une véritable dimension soignante.

En tant que directeur d'EHPAD, je porte une attention toute particulière à cette communication, tant en termes d'accueil et de soutien aux familles, qu'en ce qui concerne l'acceptation par le personnel de la présence des proches parfois vécue comme intrusive et critique.

Un cadre et des espaces de vie adaptés à l'anxiété et la souffrance de la personne âgée démente, ainsi qu'aux manifestations comportementales qui en découlent.

Si dans les phases légères à modérées de la maladie, les personnes âgées vont être accueillies en EHPAD « généraliste », avec les limites que cela suppose en termes de gestion des comportements, les malades présentant des troubles « perturbateurs²⁹ » nécessitent un accueil spécifique et spécialisé : l'admission en unité protégée.

²⁹ Il s'agit de troubles du comportement jugés par l'entourage comme dérangeants, perturbateurs, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui.

HAS, service des bonnes pratiques professionnelles, 2009, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Paris : HAS service communication, 44 p.

Il s'agit de proposer, au sein d'un EHPAD, un espace d'hébergement et d'accompagnement sécurisé et apaisant au sein duquel la personne malade va pouvoir exprimer, le plus librement possible, ses troubles psychiques et comportementaux : déambulation, agitation, expression verbale et autres troubles.

Accueillir et accompagner la démence présentant des troubles psycho-comportementaux en EHPAD est donc un projet global qui doit mobiliser l'ensemble des ressources de l'établissement, dans le cadre d'un projet médical à la fois individuel et collectif.

2.3 La prise en charge des démences sévères

2.3.1 Les structures protégées

La démence est une telle désorganisation cognitive et sociale de l'individu qu'on ne pourra jamais construire un environnement adapté à l'inadaptation. On tend alors à gérer et sécuriser des espaces de vie au sein desquels vont pouvoir se développer des projets de vie et de soins.

Dans un même temps que l'avènement des politiques sociales dédiées au vieillissement et à la prise en charge de la dépendance, apparaissent dans les années 70 des réflexions et expérimentations pour l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées atteintes de démences. Des lieux d'accueil, alternatifs à la prise en charge hospitalière, voient le jour sous la forme de petites unités fermées accueillant une douzaine de personnes désorientées présentant des troubles psycho-comportementaux, sous l'égide d'une maîtresse de maison : les CANTOU (Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles). Cet acronyme signifie « coin du feu » en occitan, le premier CANTOU ayant été fondé en 1970 par un Aveyronnais.

Ces structures innovantes vont progressivement disparaître ou s'atrophier, faute de financements permettant un niveau correct de prise en charge, ainsi qu'une présence professionnelle pluridisciplinaire. Mais le vocable CANTOU est resté et perdure toujours aujourd'hui, désignant souvent les unités protégées au sein des EHPAD.

Une évaluation conduite en 1991 par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a permis d'étudier les unités protégées en fonctionnement, et de définir les contours de l'hébergement et de l'accompagnement des personnes désorientées présentant des troubles psycho-comportementaux sévères en EHPAD.

Cela a permis de définir et souligner les grands principes organisationnels et thérapeutiques tels qu'ils sont à l'œuvre aujourd'hui :

- Un accueil séquentiel³⁰, dans le cadre d'une évaluation et d'une prescription médicale.
- Des espaces sécurisés permettant la déambulation intérieure et extérieure.

³⁰ L'accueil de malades frappés de démence en unité protégée est un accueil séquentiel, basé sur une évaluation médicale : le résident y est admis lorsque l'état de démence et l'importance des troubles du comportement le justifient; il quitte l'unité protégée lorsque l'aggravation de la maladie engendre une grabatisation qui prend le pas sur les troubles cognitifs en termes de prise en charge.

- Un lieu dans lequel les personnes accueillies peuvent exprimer leurs troubles sans contraintes ni interdictions.
- La limitation voire la suppression de la contention médicamenteuse ou physique.
- La participation des familles dans l'élaboration et la conduite du projet de vie des résidents.

Comme nous l'avons vu, l'expression du malade, sa sécurisation et l'absence de contraintes sont des facteurs de baisse de l'anxiété et de mieux-être chez le sujet dément. Le concept d'unité protégée ne s'entend que nantie d'un encadrement par des professionnels formés spécifiquement à la prise en charge de la démence, travaillant en pluridisciplinarité.

L'architecture, l'organisation des locaux, le choix des couleurs, des équipements, participent pleinement au projet de soins et ne peuvent en être dissociés. Ils font d'ailleurs l'objet de nombreuses études et recommandations que nous aborderons par la suite.

Le concept des unités protégées s'est développé de manière importante ces dernières années, suivant l'augmentation des besoins et à la faveur des politiques publiques, notamment les mesures spécifiques mises en place dans le cadre des Plans Alzheimer successifs. Ces unités autonomes sécurisées sont créées principalement au sein des EHPAD, bien qu'on dénombre également un nombre restreint de maisons de retraite conçues et réservées spécifiquement pour l'accueil de malades d'Alzheimer.

En ce qui concerne la réflexion et le projet de l'EHPAD la Rouvière & l'Anglade, le schéma gérontologique 2007-2013 du Département de l'Hérault, rejoignant en cela le Plan Alzheimer en vigueur, écarte les EHPAD « tout Alzheimer » au profit d'unités spécialisées au sein d'établissements généralistes.

2.3.2 La mesure 16 du « plan Alzheimer »

Le Plan Alzheimer 2008-2012 présente, parmi ses 44 mesures, une mesure concernant la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées en EHPAD.

Cette mesure N°16, intitulée : « Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux », souligne dans son préambule que les symptômes psycho-comportementaux représentent « *la principale difficulté rencontrée par les professionnels en EHPAD* ». Une fiche correspondant à cette

mesure, issue de la présentation de par la CNSA du Plan Alzheimer, se trouve en annexe 3.

Le Plan prévoit de porter de 18.000 à 30.000 le nombre de places dédiées aux personnes atteintes de troubles du comportement durant les 5 ans de validité du Plan.

Cela concerne deux types de structures intégrées au sein des EHPAD, pour lesquelles la Direction Générale de l'Action Sociale a émis en 2008 des précisions et des cahiers des charges³¹ afférents, que le lecteur trouvera en annexe 5 :

- Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : il s'agit d'espaces identifiés dans les EHPAD permettant d'accueillir et d'accompagner en journée de manière spécifique des personnes hébergées dans l'établissement présentant des troubles du comportement modérés. Le cahier des charges précise les modalités d'accueil et d'accompagnement, ainsi que les personnels affectés à l'unité.
- Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) : lieu de vie pour des personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux sévères, les UHR regroupent sur une même unité hébergement, soins et activités sociales et thérapeutiques. Hébergement séquentiel en lien avec le projet d'établissement global, il s'agit de petites unités protégées accueillant de 12 à 14 personnes. La dimension architecturale et le projet de soins prennent une importance capitale dans l'élaboration des unités de ce type, pour lesquelles le financement de moyens humains supplémentaires est prévu à hauteur de 378 millions d'€uros³².

Cette mesure met également en place, pour venir soutenir le fonctionnement de ces unités, un nouveau profil de compétence : « l'assistant en gérontologie », dans le cadre de la qualification spécifique des intervenants.

La CNSA a prévu un Plan d'Aide à l'Investissement au titre des crédits destinés à la modernisation des EHPAD.

³¹ Direction Générale de l'Action Sociale, 2008, *Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.*, Paris : DGAS, 16 p

³² « Ces unités seront renforcées en personnel, avec un taux d'encadrement élevé, l'intervention de professionnels spécifiquement formés à la maladie, mais aussi des formations pour l'ensemble du personnel de ces établissements à la spécificité de la prise en charge. » Plan Alzheimer 2008-2012 (Mesure 16)

Sur la période 2010-2012, l'objectif de création de places pour ces deux types de structures s'élève à 1700 PASA et 350 UHR en France.

Le réalisation des projets n'ayant pas été atteint en 2008-2009, souvent pour une inadéquation des projets en regard du cahier des charges, mais aussi pour des question de déploiement des financements, il est prévu sur la période en cours un certain nombres de mesures destinées à accompagner les établissements, et notamment la parution d'un « Guide pour l'accompagnement et le cadre bâti » fin septembre 2010, ainsi que la rédaction d'un nouveau cahier des charges en décembre 2010. Un appel à projets national aura lieu en janvier 2011.

Pour les unités préexistantes au Plan, il est prévu un agrément a posteriori dans le cadre de la Circulaire DGAS/DSS/DHOS relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer, parue le 16 juillet 2009³³. Il est bien entendu que l'unité protégée de l'établissement devra répondre au cahier des charges de la CNSA.

Au vu de la spécificité de la structure l'Anglade, du public accueilli dans l'établissement et des besoins sur le territoire en termes d'accueil des personnes âgées présentant une démence sévère assortie de troubles du comportements « perturbateurs », la création d'une Unité d'Hébergement Renforcé semble une piste de projet pertinente.

2.3.3 Les besoins en termes de structure adaptée

L'EHPAD la Rouvière & l'Anglade accueille des personnes atteintes de démences, dont certaines devraient pouvoir bénéficier d'une unité protégée en raison de l'avancée de leur maladie.

En voici le décompte au 31 août 2010, parmi les 69 résidents de l'établissement :

³³ Cette circulaire interministérielle a pour objet de présenter les mesures relatives au volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et d'en préciser la déclinaison opérationnelle, ainsi que le rôle des services déconcentrés de l'État dans cette mise en œuvre.

Typologie des résidents	Nombre	%
Personnes présentant une démence diagnostiquée	49	71 %
Dont		
Personnes présentant des troubles psycho-comportementaux légers	11	16 %
Personnes déambulantes présentant des troubles psycho-comportementaux aggravés, dits « perturbateurs »	14	20 %
Personnes démentes en situation de grabatisation dont la dépendance physique prend le pas sur les troubles psycho-comportementaux	24	35 %

Nous sommes donc face à un réel besoin en termes de structure adaptée aux personnes valides présentant les troubles psycho-comportementaux les plus graves.

Pour l'instant l'établissement prend en compte tant que faire se peut les manifestations des troubles du comportement, tentant de favoriser l'expression des malades, mais essentiellement sur le volet sécurité :

- La Rouvière a été équipée début 2009 d'un dispositif « anti-fugue » composé d'un système de détection électronique, ainsi que d'une clôture discrète fermant les jardins.
- L'Anglade étant une structure fermée, le problème de la fugue ne se pose pas, mais il n'y a pas d'espace de déambulation.
- Les espaces communs et les chambres des deux structures ont été analysés et modifiés afin d'éviter chutes et autres accidents.

Mais ce ne sont là que des mesures en réaction aux troubles des résidents et non un projet global de soins.

Sur le territoire du Lodévois et Larzac, d'autres établissements sont confrontés à ce même questionnement :

- L'EHPAD l'Écureuil (public - CCAS) à Lodève, doté de 70 places.
- L'EHPAD La Providence (associatif) à Lodève, doté de 54 places.
- L'Hôpital local de Lodève, disposant de 65 places d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et de 120 places d'EHPAD.

Lors des réunions de coordination et d'échanges inter-établissements trimestrielles instaurées sur le territoire, le constat partagé est identique : les établissements du

Lodévois et Larzac accueillent de plus en plus de personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux importants, sans pour autant disposer des équipements nécessaires.

Il s'agit donc de prises en charge par défaut, incohérentes et inadaptées, dans lesquelles l'expression de la démence va être bridée au sein de locaux et de collectifs qui ne sont pas en mesure de l'accueillir : les contentions médicamenteuses et physiques sont alors souvent à l'œuvre.

Les troubles psycho-comportementaux perturbateurs donnent lieu également à des réorientations ou des transferts, traumatisants pour les personnes concernées.

En février 2010 a eu lieu, sous l'égide du Conseil Général de l'Hérault, une réunion d'harmonisation des projets des EHPAD en Lodévois-Larzac, en lien avec la mesure 16 Plan Alzheimer.

Les projets d'équipements suivants ont été actés :

- ⇒ EHPAD l'Écureuil : création d'un PASA de 12 places.
- ⇒ EHPAD La Providence : création d'une unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes de 12 places.
- ⇒ Hôpital local de Lodève : création d'une UHR de 10 places.
- ⇒ EHPAD la Rouvière & l'Anglade : création d'une UHR de 12 places.

Un réseau se structure progressivement et permet non seulement d'aménager une cohérence et une diversité des types d'hébergements proposés aux personnes âgées dépendante en Lodévois-Larzac, mais devra également permettre dans le futur d'orienter ou réorienter les personnes âgées parmi les établissements en fonction de leurs besoins et de l'évolution de leurs pathologies.

Un cadre légal, des besoins recensés sur le territoire de l'établissement, la volonté du Conseil d'Administration du SIVOM de la Rouvière, le soutien des autorités de tarification : les ingrédients nécessaires à la mise en œuvre du projet de restructuration de l'EHPAD incluant la création d'une unité protégée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démences apparentées semblent réunis.

3 La conduite du projet de relocalisation-reconstruction

3.1 Rassurer et rassembler face aux changements

3.1.1 La dimension politique sur le territoire

La délibération du Conseil Syndical du SIVOM de la Rouvière en date du 4 août 2009 décidant du transfert de l'Anglade du Caylar vers Soubès ne fut pas sans conséquences politiques.

Sur le canton du Caylar où se situe l'Anglade, la densité de population comme nous l'avons vu est très faible. Il y a seulement environ 1200 électeurs : c'est dire combien le moindre évènement peut prendre une dimension capitale en termes d'élections.

Dans cet EPCI de faible taille, le directeur de l'EHPAD est très proche des politiques ne serait-ce qu'à travers la composition du Conseil Syndical, rappelons-le uniquement formé d'élus délégués par leurs communes. Je fus donc fortement sollicité pour gérer les remous provoqués par cette décision.

La première conséquence du vote du Conseil Syndical fut un débat agité au sein du Conseil Municipal du Caylar, le Maire étant accusé de ne pas s'être battu pour garder l'établissement sur la commune.

La constitution par mes soins, à sa demande, d'un dossier comportant une série de documents justifiant les raisons du transfert de l'Anglade, et notamment les recommandations du Conseil Général de l'Hérault et de l'ex-DDASS, permirent de renouer avec un certain apaisement dans les relations avec ses élus.

Quelques jours plus tard, les Maires des communes du SIVOM situées sur le plateau reçurent une série de lettres anonymes menaçantes leur reprochant d'avoir bradé le patrimoine économique du plateau aux décideurs de la plaine, leur promettant de leur mener la vie dure lors des prochaines échéances électorales.

Cela se traduisit par une forte tension au sein de l'EPCI, mettant même en danger la cohésion qui a toujours été un aspect remarquable du Conseil Syndical depuis 1985.

Le Président du SIVOM, me sollicitant pour les questions techniques liées au médico-social, a longuement œuvré et réussi à rétablir la confiance rompue en rencontrant chaque élu concerné, à travers l'argumentaire suivant :

- ⇒ La question d'un projet gérontologique en Lodévois-Larzac ne peut pas être uniquement pensée au niveau communal.

- ⇒ L'avenir de l'EHPAD, et notamment sa deuxième Convention Tripartite, se joue à travers la réunification de l'établissement, en termes de gestion et en regard de la volonté des financeurs.
- ⇒ Les personnes âgées accueillies à l'Anglade ne bénéficient pas du niveau de confort et de prestations qu'elles sont en droit d'attendre.
- ⇒ Le personnel travaillant à l'Anglade ne sera en aucun cas lésé et bénéficiera de conditions de travail grandement améliorées.
- ⇒ La question des besoins des personnes âgées vivant sur cette partie du Larzac méridional va faire l'objet d'une attention toute particulière et donnera lieu à la mise en place d'un ou plusieurs projets adaptés.

J'ai, en ce qui concerne ce dernier point reçu une mission qui débutera à l'issue de l'opération de transfert-reconstruction de l'Anglade : développer depuis les ressources de l'EHPAD, en concertation avec les autres acteurs en gérontologie du territoire (CLIC, services sociaux du Conseil Général, services d'aides à domicile, service de soins infirmiers à domicile) un service d'information et d'aide spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, ainsi qu'aux aidants.

Dans cette dynamique de retour à la cohésion, nous avons été amenés à entendre les demandes des élus du plateau, notamment en termes de communication.

Il m'a été demandé par le Maire du Caylar et le Conseiller Général du canton de ne pas communiquer sur le projet du SIVOM, et plus globalement de tenir l'EHPAD à distance des médias, tant que d'autres projets sur leur territoire ne seront pas en phase de réalisation, et notamment l'extension de l'ESAT situé également au Caylar.

L'intrication des relations entre élus, agents, usagers et population, et les conséquences que cela a en termes de prise de décisions est une composante du métier de directeur en milieu rural, qui de plus est à la tête d'un établissement public.

Depuis plus de 2 ans, j'ai pu réaliser combien les changements que l'on met en place dans l'établissement ont un impact bien plus large et agissent également sur le territoire et ses habitants.

Vues de l'extérieur, les tensions et inquiétudes que nous venons d'évoquer peuvent somme toute paraître amusantes, dignes de Clochemerle. Mais cela témoigne de la difficulté du rôle des élus en milieu rural, pris en étau entre un nécessaire pragmatisme et la sauvegarde d'un environnement économique et social qui se délite années après années.

C'est aussi le témoignage de l'attachement de la population et du personnel pour l'Anglade en particulier et pour leur territoire de vie en général, et du traumatisme que génère la disparition programmée de cet équipement qui existe depuis presque 30 ans.

3.1.2 Rendre acteurs des agents désorientés

Dès le lendemain du Conseil Syndical ayant délibéré du transfert de l'Anglade, le Président du SIVOM a convoqué une réunion du Comité Technique Paritaire (CTP)³⁴ lors de laquelle il a rendu compte de la décision du Conseil et a sollicité l'avis du CTP quant aux modalités d'application.

Le CTP a émis un avis favorable, demandant à ce que le Conseil Syndical et la direction soient attentifs aux droits et au bien-être des agents concernés par ce transfert.

Nous avons alors immédiatement organisé une réunion de l'équipe de l'Anglade dans sa totalité au cours de laquelle le Président du SIVOM, assisté du vice Président, a annoncé le projet de reconstruction de la structure à Soubès.

Bien que tous les agents sachent instinctivement que cela était inéluctable, épée de Damoclès suspendue au dessus de leurs têtes depuis de longues années, cette annonce est tombée comme un couperet, laissant des personnes sans voix, d'autres en colère...

Une fois le choc passé, après des éclats de voix et quelques larmes, les premières questions sont venues : « *Quels délais, quelle organisation ? Allait-on scinder l'équipe ? Que vont devenir les résidents ? Comment certains agents vont pouvoir se déplacer, n'ayant pas de véhicule ?* »

L'inquiétude, l'angoisse s'installaient : cela signifiait, malgré la souffrance, que l'équipe regardait le futur, que le changement était en marche. En effet, ces manifestations et réactions entrent dans la dynamique des étapes du processus de changement, telles que les a définies Jean-Marie MIRAMON dans ses écrits.³⁵

³⁴ Le Comité Technique Paritaire dans la FPT, composé de membres élus du personnel et d'administrateurs, est l'instance que l'administration employeur doit obligatoirement consulter avant d'appliquer certaines décisions, notamment sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services, à l'évolution des effectifs, des emplois et des compétences, à la politique générale de formation du personnel, aux incidences des principales décisions budgétaires sur la gestion des emplois, ainsi que sur les sujets intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des agents.

³⁵ MIRAMON J.M. « Promouvoir le changement » *Les Cahiers de l'Actif*, N°314-317, pp 211-219

Une délégation improvisée du personnel, en clôture de la rencontre, a posé deux demandes solennelles, auxquelles le Président a répondu favorablement :

- *Que le nouveau bâtiment ne porte pas le nom « Anglade », car il n'y qu'une Anglade.*
- *Que dans la constitution des équipes du nouveau projet, les agents qui le souhaitent puisse rester ensemble.*

Il fallait maintenant entrer dans une dynamique non seulement d'apaisement des inquiétudes, mais aussi dans une démarche participative pour l'élaboration du projet.

Le projet de construction d'un établissement médico-social prend du temps, en l'occurrence plusieurs années... Ce délai entre décision et réalisation sera mis à profit pour que le personnel de l'Anglade s'approprie le projet.

Voici le plan d'action prévu pour que le transfert de l'Anglade ne se limite pas à une opération immobilière déplaçant géographiquement les problématiques actuelles de management, de tensions et de souffrance des agents, mais permette l'intégration de l'équipe au sein d'un établissement étoffé.

Cette action, que je considère capitale pour la réussite de la fusion des deux structures en une entité cohérente au service des résidents, va mobiliser également l'intervention des cadres de l'établissement, notamment l'infirmière coordonatrice (adjoite de direction chargée de l'organisation des soins) et la psychologue (assurant la régulation auprès des équipes).

- Des réunions trimestrielles de l'ensemble de l'équipe de l'Anglade pour informer quant au projet, son déroulement, l'unité protégée... etc.
- La mise en place d'entretiens individuels³⁶ à partir de janvier 2011 destinés à connaître l'état d'esprit de chacun des agents, ses désirs et besoins, ainsi que ses vœux en termes de positionnement futur dans la structure (EHPAD classique ou unité protégée) et en termes de formation. Il s'agira également de poser les exigences de fonctionnement qui seront alors en vigueur.
- La désignation par les agents de l'Anglade de représentants pluridisciplinaires de l'équipe qui participeront à l'élaboration et au suivi du projet, faisant le lien avec

³⁶ Dans la FPT, il n'existe pas d'entretiens professionnels destinés à l'évaluation du personnel comme dans le secteur privé. C'est la notation des agents validée par l'Autorité Territoriale qui permet l'avancement. Les entretiens proposés dans notre cas aux agents n'ont donc pas de validité légale. Une expérimentation sera toutefois mise en place sur la période 2011-2013 pour remplacer la notation par des entretiens d'évaluation. (art. 15 de la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels).

leurs collègues. La coordination sera assurée par les deux infirmières de la structure.

- L'organisation d'une série de visites d'établissements dotés d'une unité protégée pour que le personnel dépasse l'imaginaire pour entrer de plain-pied dans la réalité de ce type de structures.
- La valorisation de l'expérience acquise par les agents auprès du public atteint de troubles psycho-comportementaux à travers leur participation à la rédaction du projet de vie de l'unité.

Ces éléments d'action sont des outils destinés à accompagner les membres de l'équipe de l'Anglade dans le deuil de leur situation professionnelle actuelle et leur permettre d'envisager ensuite un avenir dans une Rouvière renouvelée.

Mais c'est un autre levier, tourné vers une dimension éthique, qui a mon sens permettra la cohésion recherchée : l'émergence d'une dynamique commune de bienveillance autour de la création d'un hébergement et d'un accompagnement enfin adapté aux besoins des résidents, ainsi que le confort inhérent en regard des conditions actuelles.

Cette dynamique s'appuiera sur un programme pluriannuel de formation, favorisant la rencontre entre collègues, et l'élaboration participative d'une nouvelle phase du projet d'établissement intégrant la réunification de l'EHPAD et la création de l'unité protégée.

En effet, permettre aux agents de l'Anglade de s'intégrer, c'est aussi tout mettre en œuvre pour que le personnel de la Rouvière soit prêt à les accueillir.

Enfin, voici deux points à prendre en compte dans cette dimension de management :

- La mobilité des agents ne pose pas de problèmes en termes légaux, car les arrêtés de nomination (pour les titulaires de la FPT) et les contrats de travail (pour les contractuels) mentionnent la possibilité pour les agents d'être employés indistinctement sur les deux structures du SIVOM.
- Une partie du personnel de l'Anglade est proche de la retraite, et notamment les personnes les plus hostiles au projet de réunification de l'établissement : d'ici 2013, 4 personnes cesseront leur activité, dont 3 n'ont pas le permis de conduire et auraient eu de grandes difficultés à rejoindre leur futur lieu de travail.

Conscient du traumatisme que vit le personnel de l'Anglade, je souhaite, accompagné des cadres de l'établissement, mener une action managériale d'apaisement pour atteindre l'objectif de cohésion de l'établissement autour du projet.

C'est un repositionnement de la question de la relocalisation non plus sur les nuisances causées au personnel mais sur la qualité des prestations proposées aux personnes en très grande dépendance que nous accueillons qui va nous permettre d'avancer.

Il s'agit tout simplement que nous puissions tous nous retrouver sur des valeurs professionnelles communes.

3.1.3 Les résidents et les familles au cœur du projet

Comme nous venons de le voir en ce qui concerne les membres du Conseil Syndical et le personnel, le changement inquiète, déstabilise et est parfois source de conflits.

Le rôle du directeur d'ESMS est donc de rassurer, informer de manière transparente, et favoriser l'adhésion de tous au projet qu'il a pour mission de conduire.

Pour les résidents et leurs familles, au service de qui se construit le projet, cette question est d'autant plus cruciale qu'il s'agit d'usagers en situation de fragilité et d'angoisse face à leur propre vieillissement et dépendance ou face à celui de leurs parents ou alliés.

Il est aussi à noter que des tentatives d'instrumentalisation des familles de l'Anglade en interne et également au niveau politique ont eu lieu, sans d'autres conséquences que renforcer leurs angoisses.

Il est donc nécessaire de préparer et organiser les changements en vue :

- ⇒ Pour les résidents de la Rouvière et leurs proches, concernés par les nuisances des travaux, le dédoublement des chambres, et la possibilité d'une admission future en unité protégée.
- ⇒ Pour les résidents de l'Anglade et leurs proches, concernés en premier titre par le déménagement, l'éloignement, ainsi que des conditions d'accueil et d'accompagnement fort différentes.

C'est donc une série de mesures et d'outils qui vont être mobilisés pour diffuser un maximum d'informations et permettre aux résidents et familles qui le souhaitent de se positionner en partenaires. Il ne s'agit pas d'un travail unilatéral de la direction, mais de celui de tous les agents depuis leur place, au contact quotidien avec les résidents et leurs proches.

Quel que soit le degré de dépendance et le déficit cognitif des personnes accueillies, chacune et chacun devra recevoir toutes les explications nécessaires, de manière adaptée, pour appréhender les changements.

C'est l'annonce du transfert de l'Anglade et du projet en Conseil de Vie Sociale (CVS)³⁷ au mois d'octobre 2009 qui a marqué le départ de cette dynamique de communication et d'échanges. J'ai donc sollicité les représentants des résidents et des familles pour être des pivots, à savoir faire remonter vers la direction et le Conseil Syndical les questions et inquiétudes des personnes qui les ont élues, et également intégrer le futur comité de pilotage qui accompagnera l'opération.

La communication avec les familles va se baser sur les outils de liaison existant, ainsi que sur des actions spécifiques :

- Nous éditons chaque mois un « bulletin de liaison » à destination des familles et des représentants légaux des résidents, dont la fonction est de donner des informations de tous types sur le fonctionnement de l'établissement (budget, animations, organisation...). Ce bulletin permet de diffuser régulièrement sur le projet et son avancement.
- Chaque trimestre est organisée, un samedi après-midi, une réunion-débat à destination des familles autour d'un ou deux thèmes : celle du 8 janvier 2011 sera consacrée à la question de la modernisation de l'établissement et du transfert de l'Anglade, et d'autres rencontres le seront également, en fonction des besoins.
- Pour les familles des personnes actuellement accueillies à l'Anglade, sont programmées à partir du mois de décembre 2010 des rencontres individuelles auxquelles participeront l'infirmière coordonnatrice, le médecin coordonnateur et la psychologue afin de cerner les questions et besoins de chaque famille.

Nous préparerons ainsi, par exemple, la mise en place de transports réguliers Le Caylar-Soubès pour les conjoints n'ayant pas de possibilités de déplacement (pas de véhicules ni de proches à même de les amener), ce qui semble aujourd'hui une grande source d'inquiétude.

La communication avec les résidents et leurs familles ne va pas s'arrêter à l'élaboration du projet de réunification de l'établissement, mais devra perdurer spécifiquement lorsque

³⁷ La loi du 2 janvier 2002 a instauré dans les ESMS les Conseils de la Vie Sociale (CVS), lieu démocratique d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement dans lequel est accueilli l'usager. Ayant notamment pour vocation de favoriser la participation des usagers, y sont représentés les usagers, les familles, les salariés et les administrateurs.

Les modalités de mise en place et de fonctionnement du CVS sont entrées en vigueur par le décret du 25 mars 2004 et le décret du 2 novembre 2005 (article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles).

l'unité protégée sera mise en place, du fait de la complexité des questions liées à la prise en charge de la démence.

Les décisions techniques ne doivent pas desservir les résidents et leurs proches. Clarté, informations et échanges devront permettre d'éviter d'éventuels dommages collatéraux liés au changement, et d'apporter les corrections nécessaires au projet.

3.1.4 L'agrément par les autorités de tarification

Comme nous l'avons abordé dans la première partie de cet écrit, le Conseil Général de l'Hérault et l'ARS souhaitaient de longue date la réunification de l'établissement, jusqu'à ce que cela devienne une très forte recommandation en 2009.

La décision de réunification de l'établissement actée en Conseil Syndical a donc permis la signature de la Convention Tripartite de seconde génération.

Conformément à nos engagements, nous avons présenté un pré-projet croisé avec le début de l'étude de faisabilité afin de recueillir non seulement l'accord de principe des autorités sur le projet, mais également leurs suggestions et remarques.

Ces ébauches de plans, purement indicatives, ont été réalisées par un architecte missionné gracieusement par l'organisme HLM du Département de l'Hérault (Hérault Habitat) dans l'optique d'une éventuelle collaboration ultérieure. Cette esquisse ne comportant pas toutes les contraintes (nombre exact de chambres / liaisons fonctionnelles...) avait pour but d'intégrer le nouveau bâtiment au terrain et au paysage.

L'opération n'amenant pas de création de places supplémentaires, il n'y a pas eu lieu d'instruire un dossier CROSMS pour cette opération³⁸. Il s'agissait de recueillir l'accord du Conseil Général de l'Hérault et de l'ARS quant aux esquisses de plan et leur adéquation avec leurs cahiers des charges respectifs, afin de pouvoir poursuivre l'étude de faisabilité.

Conseil Général de l'Hérault

A la suite de plusieurs contacts téléphonique avec notre interlocutrice au sein de la Direction des Équipements et Prestations pour les Personnes Âgées (DEPPA), celle-ci

³⁸ La dernière session du CROSMS en Languedoc-Roussillon a eu lieu le 23 octobre 2010.

m'a communiqué le cahier des charges « *Création, restructuration ou reconstruction d'un EHPAD* » que l'on trouvera en annexe 4.

Un dossier comprenant le plan masse, l'esquisse de l'architecte, un schéma de face du projet et un argumentaire a été remis le 26 février 2010 à la DEPPA pour décision. Un rejet pour non-conformité avec le cahier des charges, à savoir le positionnement de l'unité protégée à l'étage, nous a alors été envoyé.

Invoquant pour obtenir un accord à titre dérogatoire, non seulement le relief très accidenté de notre lieu d'implantation, mais aussi la possibilité de situer l'unité protégée en étage donnée par le cahier des charges des UHR édité par la DGAS, nous avons alors obtenu l'aval du Conseil Général de l'Hérault pour le projet. (La copie du courrier afférent se trouve en annexe 6.)

Au-delà d'être un point d'étape incontournable dans l'élaboration de ce projet de relocalisation-reconstruction, cet accord de principe ouvre également droit à une subvention d'investissement du Conseil Général de l'Hérault s'élevant à 15% du montant des travaux.

Agence Régionale de Santé

Les services de l'État étant en pleine restructuration durant ce premier semestre 2010, en l'absence de possibilité de rendez-vous avec le responsable du service médico-social malgré de nombreux appels téléphoniques et plusieurs e-mails, un dossier identique à celui remis au Conseil Général de l'Hérault a été envoyé en recommandé le 1er mars 2010.

Au-delà de la validation technique du projet, l'objectif était d'amorcer la procédure d'une candidature pour obtenir l'agrément UHR.

Le mercredi 10 mars, j'ai reçu un appel de la responsable de la tarification et de l'organisation des EHPAD de l'ARS qui a réceptionné le dossier, donnant les informations suivantes :

- Durant sa phase de restructuration, l'ARS a décidé de suspendre provisoirement les décisions et agréments liés aux UHR.
- Il m'est proposé d'aller assister à une journée nationale d'informations organisée par la Direction Générale de la Cohésion sociale (DGCS) en lien avec la mission de pilotage du Plan Alzheimer sur les « *Pôles d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées dans les EHPAD* » se déroulant le 15 avril 2010 à la Maison de la Chimie à Paris.

- Pour l'année 2010, seuls 2 agréments UHR seront disponibles dans le département de l'Hérault, et ont d'ores et déjà été attribués.

Mon interlocutrice m'a alors conseillé de poursuivre la démarche de projet en respectant le cahier des charges de la DGAS, et de reprendre contact avec ses services en fin 2010.

Les informations affichées sur le site Internet du Plan Alzheimer 2008-2012 concernant le développement de la mesure 16³⁹ font état de la parution programmée en Janvier 2011 d'un appel à projet national territorialisé pour les EHPAD souhaitant se doter d'un UHR.

Je pense que c'est donc sur ce terrain-là que se jouera l'obtention de l'agrément pour notre EHPAD, c'est-à-dire dans un cadre administratif complexe et peu d'agréments disponibles (350 agréments UHR prévus sur 5 ans au niveau national).

L'appel à projet est un tournant historique pour les ESMS dans leurs rapports avec les services de l'État. Ayant connu, dans un cadre professionnel précédent (*actions innovantes d'insertion par le logement*), les appels à projet des grandes fondations (Fondation Abbé Pierre, Fondation de France... etc.), je suis dubitatif quant à la capacité d'un petit établissement à être en mesure de répondre seul et faire valoir ses arguments, en termes de technicité et de temps pour le directeur notamment.

Cette nouvelle procédure va dans le sens des regroupements d'établissements en GCSMS ou autres formes de coopération, dans une dynamique de mutualisation des moyens et des compétences.

Nantis de l'aval de nos deux autorités de tarification, le travail d'élaboration du projet de relocalisation-reconstruction de l'Anglade peut se poursuivre.

Je vise à maintenir une communication permanente avec le Conseil Général de l'Hérault et l'ARS à chaque étape du développement afin de faire en sorte de dépasser la dimension de contrôle et d'agrément pour construire un véritable partenariat, une cohésion autour du projet de l'EHPAD.

³⁹ <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no16.html>

3.2 L'élaboration du projet

La mise en œuvre d'un projet de construction en établissement médico-social positionne le directeur en pivot au sein d'une série d'enjeux et d'impératifs techniques et sociaux qu'il va devoir organiser et prioriser pour les mener à bien.

L'architecture et la conception des espaces sont trop souvent perçues comme un aboutissement alors qu'elles doivent être le contenant qui va favoriser le développement des projets de vie et de soins, et donc la prestation proposée aux personnes accueillies dans l'établissement.

Sous la pression d'enjeux financiers, fonctionnels et esthétiques, parfois également celle du Conseil d'Administration ou des autorités de tarification, préoccupé par les multiples aléas inhérents aux travaux, on va avoir tendance à focaliser sur cet aspect technique et délaisser la question du sens.

Directeur d'établissement, bien que doté de certaines connaissances sur ces sujets techniques, je ne suis en aucun cas spécialiste de ces questions et vais devoir m'entourer de personnes compétentes, prendre de la hauteur et me positionner comme garant du projet d'établissement au service des personnes âgées accueillies.

3.2.1 Les grandes lignes du projet

Le transfert et la reconstruction de l'Anglade doit donc s'effectuer sur le terrain joutant le bâtiment de la Rouvière, venant compléter ce dernier. Ce terrain est aujourd'hui le parking du personnel, lequel sera déplacé sur une parcelle située quelques mètres en contrebas, achetée à cet effet par le SIVOM de la Rouvière en 2007.

La photo satellite en annexe 1 permettra au lecteur de se représenter les lieux.

Il s'agit dans cette opération d'adapter les modalités d'hébergement et d'accompagnement de l'EHPAD aux besoins des résidents que nous avons évoqués dans la première partie de cet écrit. La modernisation et le développement des équipements de l'établissement fait également partie du projet.

Ce nouveau bâtiment, tourné vers la vallée, devra composer avec un relief accidenté qui conditionne une construction en étages.

Érigé sur 3 niveaux, et relié par passerelle en R+2 à la Rouvière, il comportera les équipements suivants :

Rez-de-chaussée (500 m²) :

- Des locaux techniques et de stockage.
- 200 m² réservés pour la création en projet d'une crèche intercommunale (projet permettant d'apporter futures recettes en atténuation par la perception d'un loyer).
- Un local permettant d'installer un groupe électrogène⁴⁰.
- Un local réfrigéré de collecte des ordures et de tri sélectif.

1^{er} étage (600 m²) : une unité protégée de 12 places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, conçue en fonction des cahiers des charges des UHR de la DGAS et du Conseil Général de l'Hérault, incluant une terrasse arborée donnant sur la vallée en contrebas.

2^{ème} étage (500 m²) :

- Une unité d'hébergement de 10 chambres individuelles (destinées à dédoubler les 7 chambres de couples de la Rouvière et à accueillir 3 places sur les 15 de l'Anglade).
- Un salon central.
- Une salle de réunion multimédia.
- Une salle de kinésithérapie / ergothérapie
- La liaison avec le bâtiment de la Rouvière

Ce pré-programme de l'opération, basé uniquement sur des besoins recensés, va devoir être passé au crible d'une étude de faisabilité, tant technique que financière.

Le cœur du projet, l'unité protégée, va faire l'objet d'une programmation spécifique en regard de l'enjeu majeur que représente la conception de cet espace dédié à un public en très grandes difficultés.

⁴⁰ L'article R313-1 du Code de l'Aide Sociale et des Familles stipule « *Sont tenus de garantir la sécurité de leurs conditions d'exploitation en cas de défaillance des réseaux de distribution d'énergie électrique lorsqu'ils assurent un hébergement collectif à titre permanent et des soins pris en charge en tout ou partie par l'assurance maladie au titre de l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale les établissements médico-sociaux mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1* ».

La circulaire N°DGAS/2009/170 du 18 juin 2009 « *relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie* » donne aux établissements la date-butoir du 14 septembre 2012 pour réaliser et mettre en service l'installation

3.2.2 La création de l'unité protégée

Définis en équipe pluridisciplinaire (directeur, Infirmière coordinatrice, psychologue, ergothérapeute, infirmière, aides-soignantes, agents sociaux et adjoint technique) les principes que nous énonçons ici sont nés d'une réflexion basée sur le Guide des Bonnes Pratiques de Soins en EHPAD de la DGAS, sur les recommandations de l'HAS, sur les cahiers des charges de la DGAS et du Conseil Général de l'Hérault, ainsi que sur une série de visites que j'ai organisées avec mon équipe dans plusieurs EHPAD du département pourvus d'une unité protégée.

Les données ainsi formulées seront transformées en éléments de programmation sur lesquels s'appuiera l'architecte pour concevoir les plans.

L'organisation architecturale de l'unité doit permettre la liberté des résidents accueillis, limitant ainsi la contention médicamenteuse ou physique. En effet, la contention génère une augmentation de la confusion chez les personnes malades, provoquant ainsi une aggravation de leur perte d'autonomie.

Le principal objectif de la conception de cette unité est donc de concilier liberté et sécurité⁴¹ : il s'agit de permettre aux résidents la déambulation nécessaire, de jour comme de nuit, dans un cadre sécurisé (certains peuvent parcourir jusqu'à une dizaine de kilomètres par jour), tout en évitant les fugues éventuelles et en assurant une vigilance permanente.

De même, la conception architecturale et l'aménagement de l'unité protégée doit permettre aux résidents de conserver ou retrouver des repères temporo-spatiaux, éléments fondamentaux du maintien de l'autonomie.

Du fait de la surveillance visuelle constante à mettre en œuvre, l'unité doit s'articuler autour d'un grand espace de vie multi-activités, ouvert sur un espace extérieur également sécurisé. C'est la différenciation des sous-espaces (repas, animation, chambres...)

⁴¹ Nous sommes ici dans le domaine complexe de la question de la « liberté d'aller et venir » que l'établissement doit garantir (art. 8 de la charte des droits et libertés des personnes âgées) tout en ayant une obligation de sécurité envers le résident (art. L313-3 de la loi 2002-2).

La conférence de consensus sur « *la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité* », qui s'est déroulée à Paris en novembre 2004 pose un certain nombre de principes concernant les restrictions au principe fondamental d'aller et venir et admettent qu'elles peuvent être justifiées dans certains cas, notamment pour des raisons de protection des personnes.

notamment par des jeux de couleurs, qui va permettre de scander le déroulement de la journée.

Le résident doit pouvoir se sentir chez lui, et ce surtout dans les chambres, espace d'intimité au sein de l'hébergement collectif : ils seront encouragés à meubler et décorer ces lieux d'intimité au plus près de leurs anciens domiciles.

Les chambres se situant hors de l'attention permanente du personnel, elles devront être sécurisées au maximum, principalement en ce qui concerne les risques de chute (revêtements de sol, angles non agressifs) et les risques de choc électriques (prises sécurisées, commandes et boîtiers hors de portée).

Pour éviter que les personnes déambulant de nuit ne perturbent le sommeil des autres résidents, en pénétrant dans leurs chambres, les portes devront être équipées d'un système de verrouillage permettant aux résidents de s'enfermer sans empêcher l'accès du personnel équipé d'un passe.

Enfin, l'unité sera dotée d'une vaste salle de bain et de relaxation équipée d'un grand bain bouillonnant. Il s'agira d'en faire un lieu d'apaisement et de bien-être sur le thème de l'eau, du massage et des stimulations sensorielles (musique, lumières...).

Pour réaliser un tel espace d'hébergement et d'accompagnement favorisant la qualité de vie des personnes accueillies, il est nécessaire de prendre en compte des notions fondamentales, spécifiques aux personnes atteintes de démences et notamment de la maladie d'Alzheimer :

- La lumière, et surtout la lumière du jour, qui agit comme un stimulus, par opposition à l'obscurité, qui revêt une dimension répulsive et anxiogène. Toutefois, trop de lumière produit l'effet inverse : il conviendra donc de veiller au contrôle de l'ensoleillement, sachant que le bâtiment sera orienté plein Sud, et de bannir les éclairages agressifs.

De ce fait, alterner les zones d'obscurité et les zones éclairées peut être utilisé pour canaliser les déambulations et inviter les résidents dans les différents espaces de l'unité selon les moments de la journée.

- Les couleurs vives (mais non agressives) favorisent le repérage spatial. Par contre la couleur noire est à proscrire absolument : elle a un effet terriblement anxiogène, donnant aux personnes malades une impression de vide, notamment au sol.
- La dimension acoustique fera partie du cahier des charges, notamment à travers l'utilisation de matériaux absorbant les bruits, car un haut niveau sonore angoisse

particulièrement les personnes malades, surtout dans les fréquences élevées (aigües).

- Une signalétique adaptée, simple et colorée, aura également un rôle important dans le repérage temporo-spatial des résidents.

Nous sommes donc dans une dynamique « d'architecture adaptée ». Lorsque viendra le temps du choix du maître d'œuvre (architecte) de l'opération, ses expériences en la matière et ses aptitudes à l'écoute des besoins des résidents et du personnel seront pour moi cruciaux.

Toutefois, la « capacité soignante » des espaces de vie ne doit pas être surestimée et la mise en mouvement du projet de vie de l'unité est incontournable pour qu'entrent en synergie hébergement et accompagnement de la personne accueillie.

3.2.3 Un projet de vie pour l'unité protégée

La mise en œuvre d'un projet de vie dans un établissement médicosocial ne fonctionne que s'il s'adresse aux bonnes personnes accueillies et accompagnées.

La rédaction de cet écrit primordial passe donc à mon sens par la définition de critères d'admissions destinés à cibler le public concerné par la nouvelle unité protégée :

1. Le diagnostic de démence assortie de troubles psycho-comportementaux doit être confirmé par un avis médical, et l'orientation en unité protégée doit faire l'objet d'une prescription.
2. Le consentement de la personne malade, ou à défaut de son représentant légal, doit être absolument recherché.
3. Les troubles du comportement perturbateurs (déambulation, anxiété, agressivité, agitation, délire, désinhibition comportementale) sont bien entendu le premier critère d'admission. La fonction de l'unité protégée est d'accueillir des personnes ne pouvant pas s'intégrer au cadre de l'EHPAD classique et pour lesquelles une prise en charge plus individualisée semble mieux adaptée.

Par contre, vivent à la Rouvière des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer à son stade sévère mais qui ont su s'adapter à la vie de l'établissement sans poser de problèmes majeurs : il n'y a pas lieu de décréter une admission dans l'unité protégée sous prétexte que celle-ci existe.

4. La personne âgée doit avoir un certain degré d'autonomie physique. L'unité va accueillir en priorité des résidents n'ayant pas une dépendance importante en ce

qui concerne les déplacements, la toilette et l'habillement, ou l'alimentation, mais qui nécessitent une stimulation pour l'accomplissement de ces gestes.

Bien entendu chaque cas sera évalué : ainsi une personne âgée se déplaçant en fauteuil roulant pourra être admise du moment qu'elle est en mesure de réaliser des actes de la vie quotidienne sans une aide permanente.

Le projet de vie au sein de l'unité va faire l'objet d'une élaboration collective par l'équipe d'encadrement et les intervenants pressentis pour travailler au sein de l'unité protégée, chacun y apportant sa pierre en regard de ses compétences et expériences⁴². La psychologue de l'établissement assurera une mission de coordination, de conseil et de régulation. Il est prévu que cette élaboration s'effectue sur la période de septembre 2011 à juin 2012, c'est-à-dire à la suite des entretiens individuels des personnels de l'Anglade (cf. le planning prévisionnel de réalisation de l'opération annexe 8).

Permettre à la future équipe de l'unité protégée de participer à l'élaboration, puis de s'approprier le projet de vie et de le traduire en actes professionnels auprès des personnes malades au quotidien, c'est lui proposer des espaces de réflexion et d'action favorisant un nécessaire décalage des pratiques professionnelles.

Il s'agit de se déplacer du soin corporel de base vers le soin global qui contient la dimension psychologique, de la contention vers la libération, de l'interventionnisme vers la présence attentive et apaisante...

L'outil formation pour les agents concernés sera capital dans cette dynamique :

- ⇒ Par le biais des formations du CNFPT ayant trait à la prise en charge de la démence en EHPAD (4 modules de 2 jours / 2 fois par an) pour lesquelles l'établissement cotise chaque année et donc ne représentent pas de surcoût.
- ⇒ Dans le cadre d'un programme de formation pluriannuel à l'humanité qui concernera l'ensemble des personnels de l'établissement de 2011 à 2013.
- ⇒ Par la qualification des agents concernés en tant qu'« assistants en gérontologie » tel que défini dans le Plan Alzheimer (mesures 16 et 20).
- ⇒ A travers la formation interne permanente mobilisant sur ces questions les ressources de notre personnel, à savoir le médecin coordonateur, la psychologue ou encore les intervenants paramédicaux.

⁴² AMYOT J.J., MOLLIER A., 2002, « Formalisation, évaluation et suivi du projet de vie » in AMYOT J.J., MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, France : Dunod, pp. 167-207.

Toujours en lien avec les recommandations de l'HAS et de la DGAS, voici les principes fondamentaux concernant l'élaboration et la mise en œuvre du projet de vie de l'unité.

- L'unité protégée est un espace rassurant et apaisant dans lequel ce qui est considéré comme des troubles du comportement sévères, mais qui est en tout cas le mode d'expression de la personne malade, doit pouvoir s'exprimer librement en toute sécurité, sous réserve bien entendu que ces manifestations ne soient dangereuses ni pour le sujet ni pour les autres.
- Il s'agit d'un accueil séquentiel, basé sur une évaluation médicale : le résident y est admis lorsque l'état de démence et l'importance des troubles du comportement le justifient ; il quitte l'unité protégée lorsque l'aggravation de la maladie engendre une grabatisation qui prend le pas sur les troubles cognitifs en termes de prise en charge. Le projet individuel doit être en cohérence avec l'état de santé.
- L'accueil et l'accompagnement au quotidien doivent se dérouler dans un objectif d'apaisement des troubles et de maintien des fonctions cognitives : l'approche empathique, le toucher, la relaxation, les stimuli intellectuels et sensoriels, le maintien du lien social sont les principaux outils thérapeutiques.
- Le fonctionnement de l'unité n'est pas totalement autonome du reste de la structure et des interactions fréquentes seront favorisées : repas, animations, activités. Il ne s'agit pas d'un enfermement mais d'une sécurisation des personnes atteintes de démences.
- Le projet thérapeutique individualisé vise, notamment, une baisse de la charge médicamenteuse à moyen terme, permettant de libérer la personne malade, mais aussi de diminuer les risques en termes d'iatrogénie⁴³. Il s'agit là d'un des critères d'évaluation de la pertinence de l'unité protégée en regard des besoins des résidents accueillis.

Nous voyons donc à travers le projet de vie qu'il s'agit d'une approche notablement décalée de celle de l'EHPAD généraliste dans le sens où la prise en charge s'organise autour des spécificités et des modalités d'expression de la démence.

⁴³ Iatrogénie : ensemble des troubles imprévisibles ou non prévus pouvant survenir à la suite d'une action médicale, celle-ci pouvant amener des troubles secondaires.

La surmédication est courante chez les personnes âgées, à tel point qu'on évalue à 20% le taux d'hospitalisation des personnes de plus de 80 ans dues à l'usage de médicaments. La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs mis en place un programme de communication et de formation intitulé « Ensemble, améliorons la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé ».

Enfin, le lien et la collaboration avec les familles sera au cœur du projet de vie.

En effet, les visites et rencontres que nous avons menées auprès d'autres EHPAD ont souligné que les angoisses et les réticences des familles face aux changements notables que représente l'entrée de leur parent en unité protégée doivent faire l'objet de toute l'attention possible.

En l'occurrence la mise en œuvre d'une prise en charge basée sur la libre expression des troubles comportementaux du malade est difficile à entendre. Il apparaît que le déficit cognitif, considéré comme une résultante banale du vieillissement, est facilement acceptée par les proches mais que les troubles du comportement non contenus deviennent rapidement insupportables et peuvent engendrer soit la fuite des proches, soit le rejet de l'admission en unité protégée.

C'est donc une dynamique renforcée de communication et de dialogue, qui s'inscrit dans la continuité du travail de communication lancé lors de la phase de projet, qu'il est nécessaire de mettre en place afin d'éclairer au mieux le sens que revêtent l'accueil et l'accompagnement d'un malade d'Alzheimer au sein d'une unité protégée et obtenir l'adhésion des familles au projet de vie. Le Conseil de la Vie Sociale sera bien entendu au centre de ce dialogue, par le truchement des représentants des familles.

De ce projet de vie de l'unité pourront se décliner ensuite les projets thérapeutiques individualisés de chaque résident :

- Le projet individuel de soins, basé sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins.
- Le projet individuel de vie, construit sur un recueil des souhaits et aspirations de la personne concernée.

Je m'attellerai ensuite à définir, en collaboration avec le médecin coordonateur et la psychologue de l'établissement, les critères d'évaluation collectifs et individuels nécessaires au suivi de l'impact de cette unité protégée

- ⇒ Non seulement sur le bien-être des résidents (usage de la contention médicamenteuse et physique⁴⁴, évaluation des troubles du comportement, hospitalisations...)
- ⇒ Mais aussi sur celui des professionnels y intervenant (notamment les taux d'absentéisme et de rotation EHPAD classique / unité protégée).

⁴⁴ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Service évaluation en établissements de santé, 2000, *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*, Paris : ANAES, 42 p.

Ma fonction de directeur m'amène à définir les grandes lignes de ce travail d'élaboration du projet de vie de l'unité protégée, à en maintenir la dynamique et à en compiler la matière pour la rédaction finale. Le lien constant avec le projet d'établissement global sera un axe fort de cette mise en perspectives.

3.2.4 Un projet d'établissement sous le signe de la cohérence

Ce projet spécifique de l'unité protégée ne peut exister que s'il s'inscrit comme faisant partie du projet d'établissement de l'EHPAD.

Dans le cadre de la préparation de la signature de la Convention tripartite de seconde génération en 2009, j'ai entrepris une relecture et une réécriture du projet d'établissement incluant l'Anglade non seulement dans sa forme actuelle, mais également dans l'évocation du futur projet de relocalisation.

Cette rédaction s'est effectuée par le biais d'un comité rédactionnel incluant toutes les composantes du personnel de l'établissement, associées à des représentants du Conseil d'administration, des résidents et des familles.

Le projet d'établissement est donc prêt à accueillir le projet de vie de la future unité protégée, ainsi que la nouvelle unité d'hébergement « classique » créée à l'occasion du redéploiement des chambres (ce qui va occasionner une refonte de l'organisation du travail et des roulements du personnel).

Il s'agit maintenant de construire les liens permettant l'intégration de la nouvelle structure de l'établissement, mais aussi ceux favorisant l'accueil et l'adhésion des agents exerçant actuellement à l'Anglade parmi leurs collègues de Soubès.

Un des principaux liens est l'articulation de l'unité protégée avec l'EHPAD « classique » (séquentialité de l'accueil et échanges permanent entre les deux parties de l'établissement) mais cela ne doit pas s'arrêter à des aspects fonctionnels.

« La cohérence », concept que j'ai choisi pour illustrer l'évolution souhaitable de l'établissement, va naître de cette dynamique de rassemblement.

« La cohérence », et son corollaire « la cohésion » sont incontournables :

- ⇒ Dans l'accueil et la prise en charge de la souffrance et de la démence, qui sont des désorganisations et des aberrations qui demandent une solidité de l'institution, des acteurs et des relations entre ces derniers.
- ⇒ Par rapport à l'évolution du vieillissement et du repositionnement des EHPAD sur le champ de la grande dépendance.

- ⇒ Dans les mutations à l'œuvre dans le secteur de la gérontologie (politiques publiques, modalités de financement, évaluation externe des établissements... etc.)
- ⇒ Sur un territoire complexe, dont les organisations et équilibres vont vraisemblablement être bouleversés, notamment dans le cadre de la réforme territoriale prévue en 2014.

Ma mission est de donner à l'établissement la capacité à prendre en compte ces données, et, à travers un positionnement et des actions cohérents, à répondre positivement aux nouveaux challenges de la prestation d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes du territoire.

Cela revêt plusieurs facettes : la modernisation et la rationalisation de l'EHPAD à travers la relocalisation - reconstruction de l'Anglade en est le cœur logistique et financier, mais construire une cohésion des équipes dans une culture professionnelle commune est nécessaire à ce que le projet d'établissement ne soit pas une coquille vide.

Même s'il existe parmi le personnel un sentiment d'appartenance à l'établissement et un fort attachement pour les résidents qui ont permis à l'EHPAD d'évoluer positivement ces 20 dernières années, cela revêt une forme d'antagonisme : le clivage Anglade / Rouvière. Au-delà des questions de management individuel (entretiens professionnels, dynamique d'apaisement des tensions, constitution d'équipes), c'est à mon sens le projet d'établissement qui doit être le ciment de la cohérence qui fait aujourd'hui défaut.

C'est pourquoi la formation à l'humanité de l'ensemble du personnel, dynamique pluriannuelle dont l'ambition est d'instaurer une culture commune de soins innovants et de bientraitance, sera une des principales pierres d'achoppement pour fédérer autour du projet d'établissement et de ses déclinaisons des équipes exerçant jusqu'ici dans des contextes différents, si ce n'est en opposition.

Ce cycle collectif de formation se déroulera de septembre 2011 à juin 2013, financé à travers des subventions du Conseil Général de l'Hérault, ainsi que des financements européens dans le cadre d'un Engagement pour le Développement de l'Emploi et des Compétences (EDEC)⁴⁵ mutualisés entre les EHPAD du territoire du Cœur d'Hérault.

⁴⁵ L'objectif général des EDEC est d'appuyer les initiatives des branches et des territoires en faveur du maintien et du développement de l'emploi et des compétences des actifs occupés. Les EDEC ont pour objet de contribuer, avec d'autres financeurs, à la définition et à la mise en œuvre de tout ou partie des politiques de ressources humaines des branches professionnelles ou

Il est important que cette nouvelle phase de la vie de l'établissement, marquée par le virage du transfert de l'Anglade, soit une progression en termes de bienveillance, tant dans la modernisation et l'adaptation de l'EHPAD et de son projet aux besoins des résidents, que dans le sens que nous mettons dans l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

de collectifs d'entreprises au sein des territoires. (Source : Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi - site Internet : <http://www.minefe.gouv.fr>)

3.3 Le déroulement de l'action

Pour que ce projet ne se limite pas à un déménagement sur 20 km des difficultés actuelles de l'établissement et à leur installation dans un bâtiment neuf, il convenait de mettre en place la dynamique susceptible de donner du sens et de la cohérence à l'EHPAD réunifié, afin qu'il puisse fonctionner au plein bénéfice des personnes âgées dépendantes accueillies.

La « partie émergée de l'iceberg » de ce projet sera donc la construction de ce nouveau bâtiment, en liaison avec la Rouvière actuelle, dont nous avons défini les grandes lignes dans la partie précédente.

La création de l'unité protégée, qui nous l'espérons obtiendra l'agrément UHR, est le point d'orgue du projet, mais un grand soin devra être également apporté aux autres espaces.

Nous allons maintenant aborder la phase de construction proprement dite, ainsi que ses modalités de pilotage.

3.3.1 Les modalités de pilotage et d'évaluation du projet

Comme nous l'avons vu, l'élaboration du projet d'établissement et des projets de vie des unités s'effectue en équipes pluridisciplinaires, avec l'avis consultatif du CVS, du CTP et validation par le Conseil Syndical du SIVOM.

Un directeur d'ESMS a vocation, par délégation de son conseil d'administration, à conduire des projets au sein de l'établissement qu'il dirige, dont bien entendu des projets de construction immobilière.

Mais cela ne peut pas se faire seul, car comme nous l'avons vu tout au long de cette troisième partie, ce n'est que l'adhésion et la participation des différentes composantes de la vie d'un établissement qui permet l'aboutissement d'un projet cohérent.

La réalisation de l'opération immobilière proprement dite représente un engagement et des enjeux, notamment financiers, très importants. Nous allons être confrontés à des choix multiples en termes d'esthétique, de confort, d'adaptation des locaux au projet de vie, environnementaux, pour lesquels mes propositions et avis devront être validés et accompagnés.

J'ai donc instauré une instance d'accompagnement et de supervision du projet : un « comité de pilotage » accueillant toutes les parties prenantes de ce projet.

Un comité de pilotage peut être défini comme étant un groupe de personnes impliquées à divers titres au sein de l'institution, chargé de veiller au bon fonctionnement du projet. Le directeur de l'établissement se retrouve alors en position de chef de projet.

Le comité de pilotage est essentiel à la sécurité et à la sérénité du « directeur - chef de projet » : il valide les décisions importantes et prend des arbitrages lorsque c'est nécessaire. Cela évite ainsi au chef de projet de devoir prendre des décisions en dehors de son ressort.

Au-delà, la participation à un comité de pilotage responsabilise et engage les parties prenantes, dans un objectif commun.

Voici la composition du comité de pilotage du projet de transfert-reconstruction de l'Anglade, actée en Conseil Syndical du 12 août 2010, sur proposition de ma part. Vous remarquerez que je ne me positionne pas en tant que membre, mais en tant que force de proposition et rapporteur :

Collège	Membres
Conseil Syndical	M. le Président M. le vice Président M. B. - délégué de St-Jean-de-la-Blaquière
Représentants du personnel de l'établissement élus au CTP	Mme R. - Animatrice Mme B. - Aide-soignante (Rouvière) Mme S. - Aide-soignante (Anglade)
Représentants des résidents élus au CVS	Mme B. - Résidente Rouvière M. H. - Résident Anglade M. G. - Résident Rouvière
Représentants des familles élus au CVS	Mme V Mlle B M. C

Ce comité de pilotage connaîtra une première séance inaugurale au mois de novembre 2010, puis se réunira tous les 2 mois pour suivre l'évolution de l'opération.

Le pilotage ne peut se concevoir sans l'évaluation. Le comité de pilotage sera le lieu depuis lequel s'organisera non seulement le suivi de l'opération immobilière, mais aussi une vigilance constante sur la question du sens et du projet d'établissement.

Comme nous l'avons évoqué au paragraphe 1.2.4 de cet écrit, l'utilisation du référentiel ANGELIQUE lors de la préparation de la signature de la Convention Tripartite de 2nde génération a fait ressortir les besoins des résidents et ceux de l'organisation de l'établissement à travers le rapport qui finalise le processus d'évaluation.

Ces données se sont traduites en objectifs-qualité qui sont nos engagements dans le cadre de la convention tripartite, et qui ont conduit pour une grande part à l'élaboration de ce projet de réunification et de modernisation de l'établissement.

C'est donc en lien permanent avec ce référentiel et aux carences qui ont été mises en lumière que doit se mener la conduite du projet. Chaque étape de la réalisation donnera lieu à une nouvelle phase d'évaluation destinée à mesurer les écarts avec les objectifs définis, et insuffler d'éventuelles corrections au projet.

Nous sommes ici dans une dimension globale d'évaluation de l'établissement, sachant que l'unité protégée bénéficiera, comme il est prévu dans le projet de vie, d'une évaluation spécifique.

Cette culture de l'évaluation qu'il me semble nécessaire de promouvoir dans l'établissement permettra d'accueillir sereinement l'évaluation externe qui sera une étape importante pour l'EHPAD.

3.3.2 La question des marchés publics

Un des traits particuliers de la gestion des commandes et achats d'un établissement public, est d'être soumis au Code des Marchés Publics, et à toutes les procédures qui en découlent.

Le Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi et le Ministère du Budget, des comptes publics et de la Réforme de l'État, sur leur site Internet commun destiné aux collectivités locales donnent l'approche suivante des marchés publics⁴⁶ :

« L'importance dans l'économie des différentes formes de commande publique (120 milliards d'euros par an, soit environ 10% du PIB) justifie qu'elles s'appuient sur un corps de règles claires, compréhensibles, et reconnues. Ces principes sont simples et anciens, il s'agit notamment : de la liberté d'accès aux marchés publics, de l'égalité de traitement des candidats, et du contrôle de l'usage des deniers publics, dont découlent les procédures mises en œuvre (publicité des offres, mise en concurrence des fournisseurs, transparence des choix effectués, contrôles externes) »

⁴⁶ Le portail de la gestion des Collectivités Locales :
http://www.colloc.bercy.gouv.fr/colo_struct_marc_publ/index.html

Ces règles sont exprimées à travers le Code des Marchés Publics qui impose notamment une série de procédures tant en ce qui concerne les appels d'offres émis que les réponses des entreprises, en lien avec des seuils financiers, dont le tableau suivant offre une vision simplifiée :

Nature de l'offre	Montants	Procédure
Travaux	Inférieur à 4000 € HT	Pas de procédure imposée
	Inférieur à 4.845.000 € HT	Marché A Procédure Adaptée (MAPA)
	Supérieur à 4.845.000 € HT	Appel d'offre ouvert ou restreint
Fournitures et services	Inférieur à 4000 € HT	Pas de procédure imposée
	Inférieur à 193.000 € HT	Marché A Procédure Adaptée (MAPA)
	Supérieur à 193.000 € HT	Appel d'offre ouvert ou restreint

- ⇒ En deçà des seuils de procédures imposées, il est de règle tacitement, pour respecter l'esprit des commandes et achats publics, d'obtenir 3 devis d'entreprises différentes.
- ⇒ Un MAPA, défini par l'article 26 du Code des Marchés Publics, est une procédure d'appel d'offre simplifiée, rapide, nécessitant néanmoins une publicité de l'offre, par exemple sur le site Internet du Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics (BOAMP) et un choix du prestataire retenu lié à une analyse argumentée des réponses.

La commission d'appels d'offres des collectivités territoriales, dont la mise en place est obligatoire, est composée de membres issus de l'assemblée délibérante, et a les rôles suivants :

- Examen des candidatures et des offres en cas d'appel d'offres,
- Élimination des offres non conformes à l'objet du marché,
- Choix de l'offre la plus avantageuse et attribution du marché,
- Pouvoir de déclarer l'appel d'offres infructueux.

Une commission d'appel d'offre, spécifique pour cette opération, réunissant le Président, le vice-président (ancien cadre territorial) ainsi qu'un administrateur a été désignée par délibération du Conseil Syndical en date du 10 juin 2010.

Siègeront également, à titre consultatif, le directeur de l'établissement ainsi que l'adjoint technique en charge de la maintenance et la sécurité des bâtiments.

La rédaction des appels d'offres, et notamment les critères de pondération (prix, données techniques, temps de réalisation... etc. auxquels on donne un coefficient) et les clauses particulières (dont les clauses sociales et environnementales), demande un travail précis et méticuleux, ainsi que de solides connaissances en la matière.

J'ai pu en faire l'expérience à travers la mise en place des MAPA pour l'étude de faisabilité : une consultation bien cadrée et exigeante permet d'obtenir des offres claires et pertinentes de la part des entreprises candidates.

Les marchés publics sont le passage obligé d'un projet immobilier pour un établissement public. Le directeur doit donc conduire l'opération dans un souci de légalité de passation des marchés et tenir compte des délais que cela génère dans la programmation.

Mais ce sont aussi et surtout des instruments majeurs dans l'accompagnement de la réalisation d'un projet de ce type, et conditionnent en grande partie le bon déroulement de l'opération.

3.3.3 L'organisation de la réalisation du projet

Nous allons maintenant passer à la mise en œuvre opérationnelle de la construction du nouveau bâtiment.

Celle-ci s'organise en plusieurs phases successives, que j'ai choisi de représenter, dans mes propositions au comité de pilotage, sous forme de fiches-action que vous trouverez en annexe 7, jusqu'au choix du maître d'œuvre (qui permettra alors d'entrer dans la dimension de construction elle-même).

Chacune de ces étapes donnera lieu à une validation, tant au niveau des instances internes (comité de pilotage et/ou conseil syndical selon les cas) qu'au niveau des autorités de tarification.

- Phase I : Pré-projet

- Phase II : Étude de faisabilité technique et économique (étude de sol et mission de programmation⁴⁷ de l'opération visant à définir l'avant-projet sommaire et)
- Phase III : Choix d'une Assistance à Maîtrise d'Ouvrage
- Phase IV : Concours d'architecte et désignation du maître d'œuvre

Le choix du projet architectural, à l'issue du concours d'architecte, marque le début proprement dit des travaux.

Mais le parcours préparatoire qui mène à l'intervention des entreprises du bâtiment est long et complexe. Il est crucial d'y porter le plus grand soin pour qu'émergent ensuite du sol des installations adaptées aux besoins des personnes âgées dépendantes que l'EHPAD accueille et accompagne.

Le comité de pilotage a fait le choix, sur une proposition de ma part, de solliciter une AMO pour la conduite de l'opération à l'issue de l'étude de faisabilité.

L'Assistant à Maîtrise d'Ouvrage⁴⁸ a pour fonction d'aider le maître d'ouvrage (en l'occurrence le SIVOM de la Rouvière) à définir, piloter et exploiter le projet réalisé par le maître d'œuvre (l'architecte). L'AMO a un rôle de conseil et de proposition tout au long du développement du projet, le seul décideur restant le maître d'ouvrage. Il facilite la coordination de projet et permet au maître d'ouvrage de remplir pleinement et sereinement ses obligations au titre de la gestion du projet.

Le recours à une AMO se justifie ici par la complexité et l'engagement financier que représente ce projet. En effet, nous ne disposons ni du temps, ni des compétences nécessaires.

Ma mission en tant que représentant du maître d'ouvrage sera, à chaque instant de la réalisation, de faire valoir le projet d'établissement et notamment le projet de vie de l'unité protégée pour que ceux-ci se traduisent dans une construction adaptée. C'est une collaboration étroite et permanente qui va devoir s'instaurer.

⁴⁷ « La programmation a été introduite dans le secteur public par la loi sur l'ingénierie de 1973 et rendue indispensable par la loi sur la Maîtrise d'Ouvrage Publique de 1985 et ses décrets de 1993. [...] Aujourd'hui, les maîtres d'ouvrage font de plus en plus appel aux programmistes pour les assister dans la définition de leurs projets, dans la formulation et le suivi de leur commande. ». Syndicat des Programmistes en Architecture et en Aménagement (SYPAA), 2004, *Guide pour le choix d'un programmiste à l'usage des maîtres d'ouvrages publics et privés*, Paris : IPAA Institut, 18 p.

⁴⁸ Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, 2005, *Missions d'assistance à décideurs et maîtres d'ouvrage - Terminologie et repères de pratiques*, Paris : DGHUC, 43 p.

Au-delà du suivi de l'opération en lien avec le maître d'œuvre, l'AMO aura la charge de mettre en place le concours d'architecte, de rédiger et gérer les appels d'offres auprès des entreprises de construction et d'aménagement, de préparer les dossiers de demande de subventions d'investissement, ainsi que les demandes de prêts.

Le choix de l'Assistant à Maîtrise d'Ouvrage, par le biais d'un MAPA (le coût de l'intervention étant inférieur à 193.000 € HT), est donc extrêmement important : le projet va reposer en partie sur ses compétences, techniquement et financièrement.

3.3.4 Les investissements et le prix de journée

Depuis la réforme de la tarification, le budget d'un EHPAD a la particularité d'être organisé en 3 sections budgétaires : hébergement, dépendance et soins. Ces sections ne sont pas fongibles et disposent chacune d'une section d'investissement distincte.

La section hébergement qui correspond, pour simplifier, à la prestation d'hôtellerie, est à la charge des résidents. Les dépenses d'exploitation d'hébergement, ramenées à un calcul « jour/résident », représentent le prix de journée facturé chaque mois.

La section hébergement intègre les investissements réalisés sur le bâti et les installations : les dépenses d'exploitation liées aux investissements (frais financiers et dotation aux amortissements) impactent donc le prix de journée.

Une première estimation du coût global de construction, réalisée par l'architecte chargé des esquisses du pré-projet, s'élève à 3.000.000 € TTC. L'étude de faisabilité en cours permettra bien entendu d'affiner ce montant et de cadrer ainsi l'appel d'offre pour le projet architectural et technique du maître d'œuvre.

Sur ce montant de l'opération, viendront en atténuation :

- La subvention d'investissement du Conseil Général de l'Hérault, correspondant à 15% du montant des travaux HT.
- Une subvention d'investissement de la CNSA, au titre de la modernisation des EHPAD et du Plan Alzheimer, soumise à accord de l'ARS, dont le montant sera fixé vraisemblablement en 2011.

- La récupération à N+2 d'une partie de la TVA dans le cadre du Fonds de Compensation de la TVA (FCTVA)⁴⁹, à hauteur de 15,6% du montant des investissements HT.

En complément, je suis en train de constituer un dossier de demande d'aides financières et matérielles (fournitures, ameublement, matériaux) qui sera adressé à un maximum de fondations, de grandes entreprises et aux fournisseurs de l'établissement. Pour l'avoir déjà expérimenté dans un autre cadre, le mécénat d'entreprise présente des apports non négligeables dans une opération telle que celle-ci, que ce soit en termes financiers, de matériel ou encore de logistique et d'expertise.

La réalisation de ce projet immobilier va nécessairement générer des surcoûts d'exploitation et avoir ainsi un impact à la hausse sur le prix de journée.

Le coût estimatif de 3.000.000 € annoncé dans le pré-projet représente la fourchette haute du montant des travaux, pour un bâtiment et des installations de haute qualité. Il est donc sujet à variations à la baisse.

A l'issue de la mission du programmiste, lorsque je serai en possession des données financières nécessaires, que ce soient les coûts liés d'investissement, le taux des prêts mais également le montant des subventions, je serai à même de projeter les surcoûts et d'économies d'exploitation et leur impact sur le prix de journée de l'établissement.

Groupe fonctionnel	Dépenses	Surcoût / économie
Groupe III	<ul style="list-style-type: none"> • Frais financiers liés aux emprunts • Dotation aux amortissements 	Surcoût
Groupe I	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de déplacements • Dépenses d'énergie • Achats doubles 	Économies

Le prix de journée hébergement moyen de l'EHPAD la Rouvière & l'Anglade pour l'année 2010, fixé par arrêté du Président du Conseil Général sur les propositions de

⁴⁹ Le fonds de compensation de la TVA (FCTVA) permet de compenser une partie de la charge de TVA supportée par les collectivités territoriales, leurs groupements et les établissements publics bénéficiaires, sur leurs dépenses réelles d'investissement. Le cadre juridique du FCTVA est fixé par les articles L 1615-7 à L 1615-12 et les articles R1615-1 à R1615-7 du Code Général des Collectivités Territoriales.

l'établissement, s'élève à 50,29 €. Dans le département de l'Hérault, il est constaté un coût moyen de 54,75 € pour les établissements agréés à l'Aide Sociale Départementale⁵⁰. Il existe donc un espace pour cette augmentation, qui doit néanmoins rester maîtrisée :

- En tant que service public, nous souhaitons continuer à servir des prestations de qualité à un coût accessible pour les habitants du territoire.
- Il faut veiller à ne pas pénaliser les personnes actuellement hébergées et également à ne pas limiter l'attractivité de l'établissement pour les nouveaux entrants.
- Un coût d'hébergement raisonnable permet de maintenir une mixité sociale.
- Enfin, la Rouvière demandant un entretien constant et des travaux d'amélioration (notamment la réfection progressive des salles de bains), il est nécessaire de disposer d'une marge de manœuvre en termes de nouveaux investissements.

Le montant prévisionnel du prix de journée sera donc un des principaux curseurs lors de l'arbitrage sur l'ampleur du projet architectural et fonctionnel définitif.

Ce projet de réunification et de modernisation de l'établissement est en premier lieu conçu pour améliorer la qualité et la nature des prestations fournies aux résidents : la maîtrise des prix de journée fait à mon sens partie intégrante de la dynamique de bienveillance.

⁵⁰ L'Aide Sociale Départementale prend en charge les frais d'hébergement des personnes dont les ressources, et celles des éventuels obligés alimentaires, ne sont pas suffisantes pour s'acquitter des frais d'hébergement. La personne concernée en bénéficie sous réserve d'un reversement de 90% de ses ressources à la trésorerie départementale. Le « reste à vivre » minimal est fixé à 80€ par mois.

Conclusion

L'EHPAD la Rouvière & l'Anglade entre dans une troisième phase de son existence. Après la création il y a 20 ans, puis la fusion à l'aube des années 2000, vient aujourd'hui le temps de la réunification.

Les besoins et pathologies des personnes âgées dépendantes, les politiques publiques et les modalités de gouvernance des établissements médico-sociaux ont changé : ces changements sont maintenant à l'œuvre dans l'établissement que je dirige.

Ce projet de réunification de l'établissement à travers l'opération de transfert-reconstruction de l'Anglade poursuit plusieurs buts, dans l'ambition :

- De répondre aux besoins des personnes âgées du territoire atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées à travers la création d'une unité protégée.
- De moderniser les conditions d'hébergement et d'accompagnement de l'établissement.
- De constituer une réelle entité à partir de deux structures en tension.

Accueillir et accompagner la grande dépendance des personnes âgées et plus particulièrement les démences à un stade sévères assorties de troubles du comportement perturbateurs est un exercice extrêmement difficile. Cela demande une solidité et une cohésion de l'institution, agents et hiérarchie, ainsi qu'un cadre de vie adapté aux pathologies des malades : une « cohérence » à tous les niveaux, face à la désorganisation, la souffrance et l'angoisse que vivent les personnes accueillies.

La mise en œuvre de ce projet rencontre non seulement des difficultés internes à la structure comme tout changement, mais également au niveau de son environnement. En effet, les liens de l'établissement avec son territoire, - historiques, affectifs, politiques et économiques - sont tellement solides et enchevêtrés que les mutations génèrent des interactions intérieur / extérieur permanentes.

Il s'agit là d'un paramètre capital à prendre en compte dans la conduite du changement afin d'accompagner le personnel intervenant à l'Anglade dans le deuil de la structure actuelle et l'élaboration d'un nouvel espace professionnel.

Le directeur de l'établissement a pour fonction de porter et orchestrer le projet, mais celui-ci ne peut exister que dans le cadre d'une dynamique globale de changement, impliquant tous les acteurs à quelque place qu'ils soient : salariés, administrateurs, usagers (résidents et familles) et autorités de tarification.

C'est à travers un retour vers la valeur fondamentale de notre profession - *le meilleur service possible pour les usagers* - et dans le cadre d'un objectif commun - *la bientraitance* - que je tends vers un rassemblement des forces à l'œuvre dans l'établissement. La communication, la formation, une élaboration de projet participative seront les outils de la conduite du changement.

Le projet entre dans la phase des études de faisabilité, et le processus de changement est à l'œuvre, le personnel de l'Anglade souhaitant maintenant participer à la conception du projet.

La dynamique de projet que je propose dans cet écrit est bien entendu prévisionnelle : chaque étape est sujette à des réajustements, des fluctuations, dans sa confrontation à l'évaluation et aux réalités techniques et financières.

Je crois profondément à cette notion de « cohérence » qui, appliquée à tous les volets de la vie de l'établissement, tant sur le plan de l'adéquation avec les politiques sociales, que sur celui d'une réponse adaptée aux problématiques des personnes accueillies ou encore du partage d'objectifs communs administrateurs-usagers-salariés, permet l'émergence du sens sans lequel nos missions ne peuvent exister pleinement.

Bibliographie

OUVRAGES

AMYOT J.J., MOLLIER A., 2002, « Formalisation, évaluation et suivi du projet de vie » in AMYOT J.J., MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris : Dunod, pp. 167-207.

Dehan P., Le Chapellier M., Spinga B., 2007 *L'habitat des personnes âgées du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer*, Paris : Le Moniteur Editions, 343 p.

DELAMARRE C., 2007, *Démence et projet de vie - Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Paris : Dunod, 221 p.

DUMONT G.F., 2006, *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Géographie - politique - prospective*, Paris : Ellipses, 197 p.

LEFÈVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2ème édition, Paris : Dunod, 416 p.

REVUES

MIRAMON J.M. « Promouvoir le changement » *Les Cahiers de l'Actif*, N°314-317, pp 211-219

NOBLET-DICK M, KIESMANN M, KALTENBACH G, et al. 2004 « Evaluation par l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) des symptômes comportementaux et psychologiques aux différents stades de la maladie d'Alzheimer. », *Revue de Gériatrie*, 29, 605-612

OHNEN S.H., 2002, « Troubles psycho-comportementaux du sujet âgé. Aspects cliniques. », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. Année 2 - Juillet-Août 2002.

GUIDES - RECOMMANDATIONS

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Service évaluation en établissements de santé, 2000, *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*, Paris : ANAES, 42 p.

Direction Générale de l'Action Sociale, 2008, *Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.*, Paris : DGAS, 16 p

Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, 2007, *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Quelques recommandations*, Paris : DGS, 115 p., disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, 2005, *Missions d'assistance à décideurs et maîtres d'ouvrage - Terminologie et repères de pratiques*, Paris : DGHUC, 43 p.

Fédération Hospitalière de France, *Conférence de consensus - Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*, 24-25 novembre 2004, Paris, Paris : ANAES, 2005, 32 p.

HAS, service des bonnes pratiques professionnelles, 2009, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Paris : HAS service communication, 44 p., disponible sur Internet : <http://has-sante.fr>

Syndicat des Programmistes en Architecture et en Aménagement (SYPA), 2004, *Guide pour le choix d'un programmiste à l'usage des maîtres d'ouvrages publics et privés*, Paris : IPAA Institut, 18 p.

ETUDES - RAPPORTS

Duée M., Rebillard C., 2004, *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme*, Document de travail G2004/02, Paris : INSEE.

Haut comité consultatif de la population et de la famille, 1962, *Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque*. Paris : La Documentation française, 438 p.

ROBERT-BOBÉE I., 2006, *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*, Paris : INSEE - Division Enquêtes et Études Démographiques, consultable sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089etreg_id=0

SITES INTERNET

Bulletin Officiel des Annonces de Marchés Public : <http://www.boamp.fr>

Ministère du Travail et de la Solidarité: <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

Plan Alzheimer 2008-2012 : www.plan-alzheimer.gouv.fr

Portail de la gestion des Collectivités Locales : <http://www.colloc.bercy.gouv.fr>

Portail de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

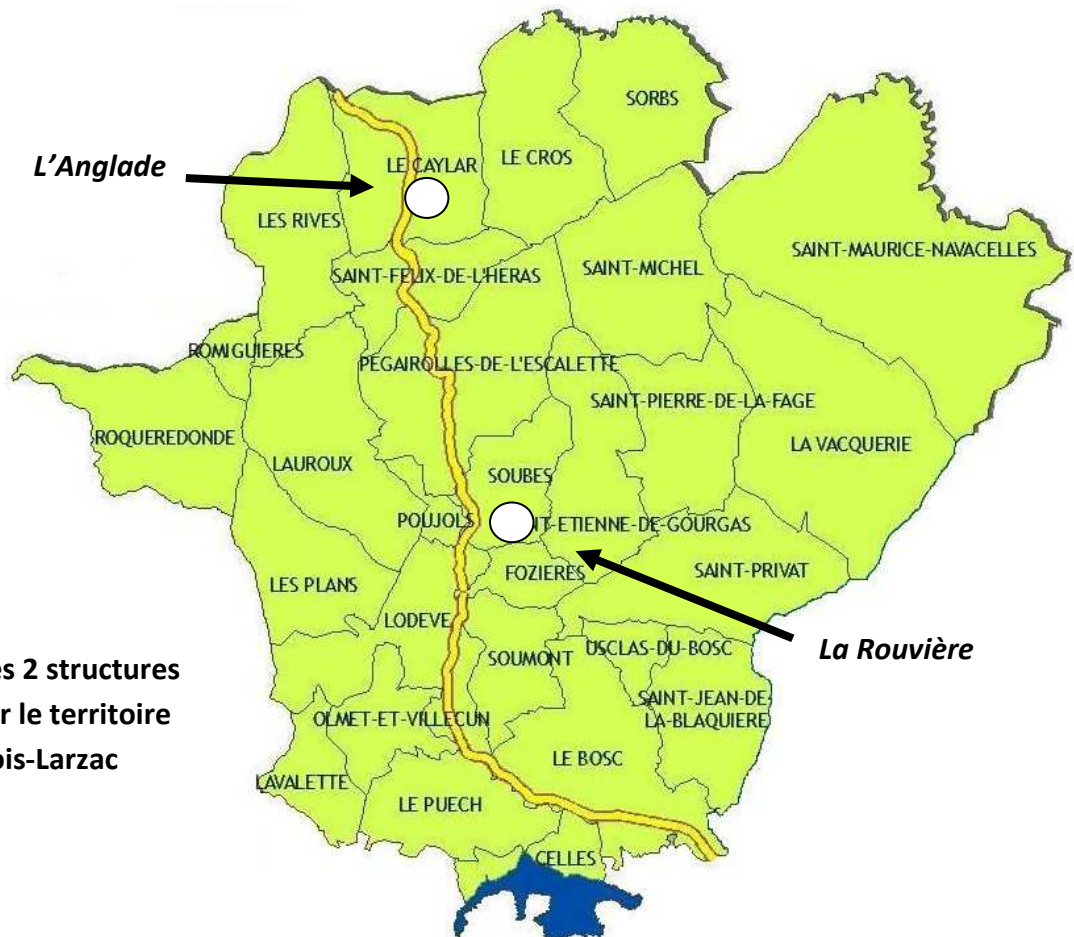
Portail de l'INSEE: <http://www.insee.fr>

Liste des annexes

- Annexe 1** Localisation géographique de l'EHPAD la Rouvière & l'Anglade.
- Annexe 2** Photo satellite : implantation du projet.
- Annexe 3** Fiche de présentation de la mesure N°16 du Plan Alzheimer 2008 - 2012
- Annexe 4** Création, restructuration ou reconstruction d'un EHPAD - Cahier des charges du Département de l'Hérault.
- Annexe 5** Cahier des charges relatif aux UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.
- Annexe 6** Courriers concernant l'accord de principe du Conseil Général de l'Hérault sur le projet immobilier.
- Annexe 7** Fiches-action des phases pré-opérationnelles de la construction.
- Annexe 8** Planning prévisionnel du projet 2009 - 2012.



Situation du Lodévois-Larzac en Languedoc-Roussillon

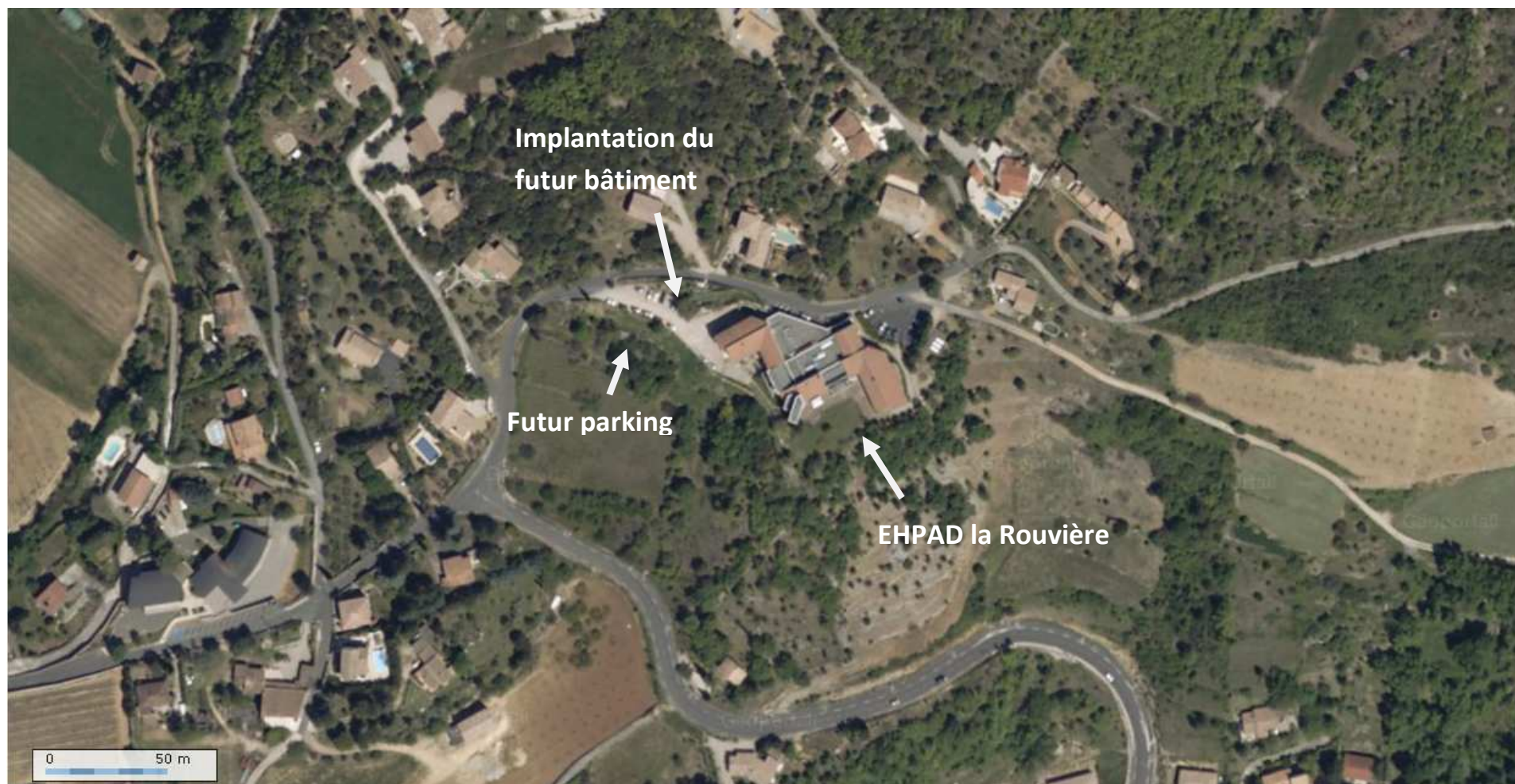


Localisation des 2 structures de l'EHPAD sur le territoire du Lodévois-Larzac

La Rouvière

EHPAD la Rouvière & l'Anglade

Implantation du projet immobilier



**Création ou identification, au sein des EHPAD,
d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux**

Cette mesure prévoit notamment le renforcement du nombre et des compétences des professionnels intervenant auprès du malade.

1. Contexte

Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer apparaissent des symptômes psychologiques et comportementaux ou troubles du comportement. Il peut s'agir d'apathie ou d'agressivité, de comportements d'errance ou d'agitation. Ces troubles sont très importants dans la maladie d'Alzheimer par leur retentissement sur les personnes et leur entourage. Ils constituent également la principale difficulté rencontrée par les professionnels en EHPAD.

Ainsi, parmi les résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, 80 % présentent un trouble du comportement à un moment donné de l'évolution de la maladie. Parmi ces 80 %, 25% présentent des troubles du comportement modérés (mesurés par une échelle internationale validée), 10 % des troubles importants (agressivité,...). Ces troubles doivent être mieux mesurés, et le diagnostic de la maladie doit être clairement posé chez les résidents d'EHPAD qui en seraient atteints.

2. Objectif

D'ores et déjà, de nombreux EHPAD ont créé des unités dédiées. Ce Plan prévoit de **généraliser la création d'unités spécifiques, en distinguant deux types d'unités** selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées.

L'objectif est de disposer de **30 000 places en EHPAD dotées d'un projet spécifique, adapté à la gravité des troubles du comportement.**

12 000 places à créer,

18 000 places à renforcer.

Ces unités seront renforcées en personnel, avec un taux d'encadrement élevé, l'intervention de professionnels spécifiquement formés à la maladie, mais aussi des formations pour l'ensemble du personnel de ces établissements à la spécificité de la prise en charge. Elles seront également adaptées dans leur architecture et leur aménagement intérieur.

3. Mesures

(1) Des unités de soins et d'activités adaptées seront créées, proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.

Elles sont animées par des professionnels spécifiquement formés ce qui suppose d'élargir les compétences professionnelles mises à disposition de la personne atteinte de la maladie.

A ce titre **sera créée la fonction « d'assistant en gérontologie »**, nouveau profil de compétence décrit à la mesure n°20.

Par ailleurs il est nécessaire de renforcer les équipes avec des compétences nouvelles dans ce champ, notamment celles des psychomotriciens et des ergothérapeutes. Des orthophonistes peuvent également intervenir sur prescription médicale.

Enfin, les psychiatres seront associés au fonctionnement de ces unités, soit en articulation avec l'équipe de secteur psychiatrique soit dans un partenariat avec des psychiatres libéraux. La prise en charge, au quotidien, de la maladie requiert régulièrement l'appui des psychiatres : les personnels des EHPAD reconnaissent se trouver parfois très démunis face à certaines facettes de la maladie.

La création de ces unités spécifiques suppose un renforcement en termes de personnel, que permet la médicalisation des établissements. La tarification de ces unités doit également être

réévaluée, afin d'intégrer ces professionnels, notamment assistants en gérontologie, psychomotriciens, ergothérapeutes, dans les équipes des établissements. Par ailleurs, c'est l'ensemble du personnel des établissements qui devra être formé à la spécificité de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La présence d'une telle unité de vie, eu sein des EHPAD, occupant, pendant la journée, les personnes présentant des troubles de comportement permet aux autres résidents de bénéficier d'activités sociales plus classiques et ainsi de proposer à tous des temps séparés et des temps de vie communs, sans devoir changer de chambre les résidents présentant, à un moment de l'histoire de leur maladie, ces troubles de comportement.

L'importance des soins et activités proposées est grande puisqu'elles peuvent conduire à une réduction de 20% de ces troubles ainsi qu'à une moindre utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention. Ce peut être des activités structurées (activités physiques, activités sensorielles, aspects nutritionnels), des prises en charge spécifiques des troubles du comportement. De même, la rééducation de l'orientation, les groupes de validation cognitive, les démarches comportementales et d'une façon plus générale le traitement psychosocial peuvent améliorer la qualité de vie et de réduire l'apparition de troubles du comportement, même si ces interventions doivent être mieux évaluées.

(2) Pour les patients ayant des troubles très importants du comportement, les structures renforcées seront développées, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour une douzaine de personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activité et répondant à tous les critères d'une unité de soins et d'activités adaptée.

(3) Ces unités spécialisées doivent également être adaptées dans leur aménagement voire leur architecture à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Ce Plan prévoit donc de lancer un important programme d'investissement, subventionné grâce aux crédits de modernisation de la CNSA, afin d'éviter que les aménagements entrepris pour les unités spécifiques Alzheimer ne pèsent trop lourdement sur le prix de l'hébergement payé par les patients et leurs familles.

Ce Plan de modernisation permettra dans un premier temps, dès 2008, l'adaptation ou la construction de 15 000 places.

Ces travaux seront réalisés suivant **un cahier des charges établi par le ministère chargé des affaires sociales, l'ANESM, la HAS et la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie, en lien avec les fondations, comme la Fondation Médéric Alzheimer, et les professionnels qui ont travaillé sur ces questions architecturales.**

Le respect de ce cahier des charges constituerait un facteur discriminant dans l'attribution du soutien de la CNSA, et une expertise permanente dans ce domaine doit être à la disposition des établissements.

Un « prix d'architecture Alzheimer » sera créé afin de récompenser les EHPAD les plus innovants. Ce prix permettra de souligner l'intérêt d'une réflexion sur la qualité architecturale dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

4. Acteurs

CNSA, DGAS et DGS, en partenariat avec l'ANESM, la HAS et la DSS

5. Calendrier

2008 : réévaluation de la tarification afin de permettre l'intégration de nouveaux professionnels

2008 : validation de la définition des unités de soins et d'activités spécifiques et des unités d'hébergement renforcées pour les malades présentant des troubles du comportement (conférence de consensus)

2008 : affinage de l'outil de connaissance des besoins départementaux (DRASS-CNSA)

2008-2012 : recrutement des professionnels afin de constituer ces unités spécifiques
2008-2012 : orientation des programmes d'appui à l'investissement de la CNSA vers l'adaptation architecturale de ces unités

6. Financement

Adaptation et créations des unités adaptées en renforcement du personnel

Le financement additionnel pour les **12 000 places nouvelles** (renforcement en personnel) s'élève à **180 M€** sur la durée du plan.

Le financement pour **l'adaptation des 18 000 places** existantes (renforcement en personnel) s'élève à **378 M€** sur la durée du Plan.

Travaux d'aménagement des unités

180 M€ de crédits d'investissement de la CNSA sur 2008.

Cet objectif sera poursuivi. Une partie des financements de la CNSA affectés en 2009-2012 à l'investissement sera consacrée à soutenir l'investissement dans ces unités spécifiques dédiées à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

7. Evaluation

Indicateurs de processus

Elaboration d'un cahier des charges pour les deux types d'unités

Création d'un prix d'architecture

Indicateurs de résultats

Nombre de places d'unités de soin et d'activités spécifiques créées

Nombre de places d'unités Alzheimer renforcées créées

Nombre d'unités aménagées selon un cahier des charges

Mesure des troubles du comportement

Création, restructuration ou reconstruction d'un EHPAD - cahier des charges du département de l'Hérault

Préambule :

Le schéma gérontologique 2008-2012 de l'Hérault a été adopté le 3 mars 2008 par l'assemblée départementale. Sa mise en œuvre se décline en terme de création d'établissement au travers des actions 1.3.1 / 2.3.1 / 2.3.5 / 2.4.1 / 3.1.1.

Lors du précédent schéma, 2127 lits ont été autorisés. Leur installation s'échelonne jusqu'en 2010, justifiant une pause de 2 ans dans la création de nouveaux EHPAD. Cette période sera mise à profit pour aider les établissements anciens et de faible capacité à se restructurer au moyen d'extensions éventuelles.

La création d'établissements pour personnes âgées valides type foyer logement ou résidence services est écartée, tout comme les EHPAD « tout alzheimer », au profit d'unités spécifiques au sein des EHPAD.

Une programmation sera arrêtée en 2010, par bassin gérontologique (bassin « ouverts » et « fermés ») et déterminera le nombre de lits à créer par bassin et les périodes de dépôt des projets.

Le département de l'Hérault attachera une attention particulière à la création d'EHPAD habilités à l'aide sociale

IMPLANTATION

Seuls les bassins reconnus prioritaires par le schéma gérontologique 2008-2012 pourront faire l'objet de nouvelles autorisations de création, dans les limites du nombre de lits fixé sur chaque bassin.

L'implantation doit favoriser l'autonomie de la personne, son accès aux commerces et services et faciliter le développement de projets intergénérationnels, insérés dans l'espace urbain ou rural, pour faciliter les échanges et offrir des services aux personnes restées à domicile. Leur localisation doit être la plus proche des lieux de vie existants de manière à favoriser les échanges avec les autres catégories de population

Seront privilégiés les projets prévus sur des communes non pourvus d'équipement

CAPACITE

Les projets seront limités à 70 lits d'accueil permanent et jusqu'à 5 places d'accueil séquentiel (accueil temporaire, accueil de jour, de week-end, de nuit...)

TYPE D'ETABLISSEMENT

Les projets seront généralistes et prévoiront de façon alternative :

- soit une unité spécifique pour l'accueil de personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou de types apparentés et des troubles du comportement, d'une capacité de 10 à 14 lits
- soit une unité pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes de plus de 60 ans ou bénéficiant d'une dérogation d'âge

Il s'agit de projets de type EHPAD, répondant à la fois au cahier des charges défini par l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004, conformes au plan Alzheimer 2008-2012, aux préconisations issues du Grenelle de l'environnement pour les bâtiments publics et au présent cahier des charges du département de l'Hérault.

Chaque fois que cela sera possible, et à proximité de l'EHPAD, il est recommandé la construction de petits logements locatifs individuels pour personnes âgées ou handicapées. Ces logements ne pourront s'adresser à des personnes souffrant de pathologies lourdes. Aucun service spécifique ne sera organisé sur place mais les locataires bénéficieront des services de soutien à domicile disponibles et auront accès, s'ils le souhaitent, aux prestations offertes par l'EHPAD (restauration, animation...)

Des places d'accueil séquentiel seront prévues dans la limite de 5 places.

Elles apporteront des solutions de répit aux familles et aux aidants sous la forme de places dédiées :

- d'accueil de jour pouvant être couplé avec de l'accueil de nuit.
- d'accueil temporaire
- accueil de week end

il convient de justifier ses choix au travers du projet d'établissement, d'établir un lien avec la prise en charge à domicile, et une organisation coordonnée de l'accueil permanent et de l'accueil temporaire.

Le département tiendra compte d'un taux d'occupation réaliste dans la tarification de ces places pour les rendre attractives et moins pénalisantes pour le gestionnaire

PRISE EN CHARGE ADAPTEE DES PATIENTS ALZHEIMER

La maladie d'Alzheimer et plus généralement les démences du sujet âgé représentent une part importante des personnes accueillies en EHPAD et ce phénomène va s'amplifier. L'accueil de ces patients est désormais indissociable du projet d'établissement ; toutefois l'accueil au sein d'unités protégées n'est qu'une réponse à un stade précis de la maladie. Parmi les patients atteints de cette maladie, environ 10% présentent des troubles importants du comportement nécessitant des locaux et un environnement adaptés ainsi que des professionnels particulièrement formés. C'est la présence de ces troubles qui va guider l'orientation des patients vers cette unité, selon des critères précis

Critères d'admission au sein de ces unités :

Diagnostic préalable et concertation

Profils particuliers : démence de type Alzheimer avec désorientation entraînant un risque de fugue et/ou des troubles du comportement pénalisant la vie sociale, nécessitant un encadrement et des Locaux adaptés

Projet de vie et de soin adaptés

Techniques de soins et comportementales appropriées, projet de soin adapté, inscription dans la filière gériatrique et un centre consultation mémoire

Programmes d'activités spécialisées, collectives et individualisées, centrées sur la réhabilitation cognitive et le soutien aux capacités restantes

Personnel formé spécifiquement à la prise en charge de ces pathologies, formation et soutien des équipes soignantes (AS/AMP ; IDE et psychologue)

Implication des familles et des bénévoles par un accueil formalisé et régulier

Recommandations architecturales :

Conformément au plan Alzheimer, les projets prévoiront des espaces dédiés au sein d'unité de soins et d'activités spécifiques dans un espace protégé.

- unité spécifique de 10 à 14 places

- situation en rez de chaussée, de plain-pied

- surface utile de 45 à 50 m²/personne

- espaces de déambulation sécurisée et sans contrainte et accès à un jardin protégé de type thérapeutique

- espace de vie commune et d'animation avec espace culinaire

- chambres individuelles réparties autour des espaces collectifs

- recherche dans le choix du mobilier, de l'éclairage, de la signalétique et des couleurs

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Le département de l'Hérault n'a pas souhaité s'engager dans la création d'établissement spécifique pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, mais plutôt adapter certains EHPAD à l'accueil de ces populations.

Critères d'admission au sein de ces unités :

Critères d'admission tenant compte du libre choix du résident et de sa famille (contrat de séjour et livret d'accueil spécifique)

Décision d'admission collégiale entre les équipes de l'EHPAD et de l'établissement d'origine

Avis préalable de la direction des personnes handicapées si la personne a moins de 60 ans

Homogénéité et compatibilité des handicaps

Projet de vie et de soin adaptés

Le projet ne se limitera pas à 2 établissements juxtaposés. Il s'agira de prévoir des interactions fortes avec le secteur EHPAD (restauration, animation, prise en charge des soins..., tout en préservant une prise en charge particulière au sein d'une unité spécifique, très centrée sur l'animation.

Préparation de l'accueil au sein de l'unité spécifique en EHPAD en veillant à la continuité de la prise en charge (liens entre les structures pour personnes handicapées mentales et les EHPAD, période d'essai et séjour temporaire..)

Renforcement du personnel AMP et d'animation formé

Recommandations architecturales :

Unité autonome de 10 à 14 places répondant aux normes d'accessibilité

Chambres individuelles pouvant être facilement personnalisées

Organisation autour d'un espace collectif d'animation et de vie sociale

Perméabilité avec la partie EHPAD pour des temps d'animation, de restauration et de soins

RESPECT DES NORMES ENVIRONNEMENTALES

Les projets devront respecter des choix programmatiques et techniques qui préservent le futur. Ils répondront aux exigences de performances et aux démarches d'économie d'énergie et d'eau tout en garantissant le confort des résidents.

Le département souhaite privilégier les projets architecturaux « développement durable » faisant appel aux énergies renouvelables, qui favorisent la prévention naturelle des risques climatiques et les économies d'énergie. L'Objectif Bâtiment Basse Consommation (RT 2010) devra être recherché à minima.

RECOMMANDATIONS ARCHITECTURALES

Les projets respecteront le respect du cahier des charges du 26 avril 1999 (modifié par arrêté du 13 août 2004).

En rupture avec un modèle architectural hospitalier ancien, mal adapté à la préservation de l'autonomie, l'établissement doit être pensé comme un ensemble de logements offrant des services et prévoir des structures modulables, ajustables aux besoins évolutifs de la population

Le Département, dans la mesure où il subventionne une mission d'assistance à la maîtrise d'ouvrage, souhaite que les projets fassent l'objet, dès la phase de rédaction du cahier des charges de l'opération, de la plus large concertation possible afin de valider les principes qui suivent.

L'architecture prendra en compte les interactions entre la vie sociale, la gestion, la sécurité et les coûts. Les espaces ne seront pas seulement considérés sous l'angle de leurs fonctions, mais comme lieu de relations entre résidents et professionnels. Ils seront accessibles, offrant la liberté d'aller et venir et de s'approprier les lieux.

L'organisation sera pensée de manière pluridisciplinaire.

Un argumentaire précisera comment le bâtiment permet un fonctionnement optimum de la structure lorsque l'effectif est réduit (nuit, week-end, congés...)

Les projets tiendront compte des aspects suivants :

- un aménagement des locaux rassurant, permettant la déambulation
- des espaces privés et intimes se rapprochant de la notion de domicile (privilégier les chambres individuelles et 2 ou 3 chambres doubles modulables)
- des espaces collectifs polyvalents permettant de diversifier les activités sociales et culturelles
- des lieux de rencontre et d'intimité dans chaque secteur d'hébergement
- des espaces organisés de façon à permettre des déplacements minimisés
- des espaces sociaux de rencontre, d'animation et de services
- une restauration complète assurée sur place

La structuration par unité de vie sera privilégiée

Conformément aux recommandations de la fondation de France, la surface utile totale par résidant doit être de l'ordre de 45 m² et atteindre 50 m² au sein de l'unité spécifique Alzheimer.

Ces recommandations ne sont pas exhaustives et le Département, conscient des progrès à accomplir en termes de recherche de solutions architecturales adaptées, aidera les maîtres d'ouvrages à améliorer la définition des programmes. Pour cela il subventionnera à concurrence de 20 000€, le recours à des services spécialisés susceptibles de proposer à la fois des solutions techniques respectant les objectifs de développement durable et des solutions architecturales en phase avec l'évolution des problématiques des personnes accueillies. Cette aide est limitée aux projets qui prévoient une habilitation totale à l'aide sociale départementale

(Cf annexes en pièces jointes)

ANNEXE II

CAHIER DES CHARGES

DES UNITES D'HEBERGEMENT RENFORCEES (UHR)

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD médico-sociaux, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes.

L'UHR accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement.

1. POPULATION CIBLEE,

Les UHR hébergent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée¹¹¹², compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- dont l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield¹³.

2. CRITERES D'ADMISSION ET MODALITES

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite ;
- le consentement de la personne ait été activement recherché ;
- l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée.

¹¹ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », Haute Autorité de Santé, Mars 2008.

¹² Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale, Février 2009.

¹³ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

Pour les EHPAD, les critères d'admission et de sortie de l'unité d'hébergement renforcée sont inscrits dans le contrat de séjour et le livret d'accueil en précise les modalités de fonctionnement.

Pour les USLD, le livret d'accueil précise les critères d'admission et de sortie de l'UHR et les modalités de son fonctionnement.

L'entrée et la sortie de l'unité font l'objet d'une validation :

- en EHPAD par le médecin coordonnateur en liaison avec le médecin traitant,
- en USLD par le médecin de l'unité.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe soignante de l'unité pour la mise en œuvre du projet de vie et de soins. La famille ou l'entourage est informée des modalités de prise en charge du résident lors d'un entretien qui fera l'objet d'un compte rendu.

Il est organisé au moins une fois par trimestre une réunion des familles (indépendamment des réunions du Conseil de la vie sociale en EHPAD), si possible avec la présence de représentants d'associations de malades et de familles.

3. CRITERES DE REORIENTATION DES RESIDENTS

La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une unité traditionnelle constituent un des critères de sortie de l'UHR.

La décision de sortie de l'UHR sera prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, en EHPAD, du médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant ou, en USLD, du médecin de l'unité, après information et recherche de consentement de la personne malade et en concertation avec la famille ou l'entourage proche. Cette décision fera l'objet d'une formalisation écrite.

4. PROJET DE L'UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCEE

Le projet spécifique de l'UHR prévoit les modalités de fonctionnement de l'unité qui répond obligatoirement aux critères suivants :

4.1 L'accompagnement à effet thérapeutique

L'unité propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

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

Les activités seront proposées pour des groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Chaque type d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

Une procédure de signalement des événements et des situations complexes est mise en place. Lors de la sortie du résident de l'UHR vers son unité d'origine ou son domicile, l'équipe de l'UHR s'assure de la transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne prise en charge du malade par la nouvelle équipe soignante.

5. LE PERSONNEL SOIGNANT INTERVENANT DANS L'UNITE

5.1 La qualité des professionnels

Le médecin de l'unité, ou le médecin coordonnateur dans les EHPAD, constitue le pivot de l'équipe et permet de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.

Des réunions sont organisées en vue d'étudier les situations complexes. Les décisions prises font l'objet d'une formalisation écrite.

L'accès à un avis psychiatrique est recherché.

L'unité d'hébergement renforcée dispose :

- d'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
- d'un temps d'infirmier ;
- d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
- d'un temps d'assistant de soins en gérontologie ;
- d'un temps de personnel soignant la nuit ;
- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

5.2 La formation du personnel¹⁶

Les professionnels intervenant au sein de l'UHR sont formés :

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

De façon générale, l'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est formé, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

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

6. LA COORDINATION DES DIFFERENTS SERVICES

¹⁶ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

4.2 Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui constituent le projet d'accompagnement et de soins, font l'objet d'un protocole qui sera suivi et évalué :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas,...
- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- les stratégies alternatives à la contention ;
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;
- la prise en charge en fin de vie des malades Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- la transmission des informations entre les différentes équipes.

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

4.3 Un accompagnement personnalisé de vie et de soins

Dans le cas d'un transfert d'un résident d'une unité traditionnelle vers l'UHR, il convient de s'assurer notamment que l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie quotidienne (horaires de repas, de sommeil...) ainsi que ses goûts ont été recueillis afin de construire le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. S'il s'agit d'une admission directe, ce recueil d'informations est à réaliser auprès de l'entourage et du médecin traitant.

Cet accompagnement s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement ; il précise :

- le rythme de vie de la personne, y compris la nuit ;
- les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties... ;
- les activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires ;
- les événements à signaler à la famille ;
- la surveillance de l'état de santé : poids, comorbidité et problèmes de santé intercurrents, effets indésirables des médicaments...

Le projet personnalisé est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou du médecin de l'unité en lien avec l'infirmier de l'UHR.

Les résidents qui ont des difficultés pour dormir la nuit bénéficient d'un accompagnement approprié.

La synthèse et la transmission des informations¹⁴ concernant le résident sont mentionnées dans un dossier¹⁵.

4.4 Les transmissions d'équipe

¹⁴ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

¹⁵ Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007.

La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement sévères nécessite la mise en place d'une coordination active entre différentes structures sanitaires et médico-sociales sous l'impulsion du médecin coordonnateur en EHPAD et du médecin de l'unité en USLD.

En fonction de l'offre disponible sur le territoire, l'établissement qui crée une unité d'hébergement renforcée dispose d'une convention de partenariat avec :

- une équipe psychiatrique publique ou privée,
- les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie, ...),
- un ou d'autres EHPAD ou USLD.

7. L'ENVIRONNEMENT ARCHITECTURAL DES UNITES D'HEBERGEMENT RENFORCEES

L'environnement architectural¹⁷ doit être le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé ci-dessus. Il doit répondre à 3 objectifs :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant¹⁸,
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable,
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

7.1. Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour une unité d'hébergement renforcée

L'UHR, conçue pour héberger 12 à 14 résidents, est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

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

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

L'unité dispose :

- d'une entrée adaptée,

¹⁷ Guide Pratique sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle en établissement (Alzheimer et maladies apparentées) – PADI - à paraître en 2009 - Direction générale de l'action sociale

¹⁸ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - à paraître en 2009. Haute Autorité de Santé.

- d'espaces¹⁹ privés,
- d'un espace¹⁷ repas avec office,
- d'un espace¹⁷ salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- d'une salle de bain/bien-être,
- d'au moins un espace¹⁷ d'activités adaptées,
- de deux w.c,
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité,
- d'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale de l'unité qui traduit les choix préalables du projet de vie et du programme d'activités thérapeutiques définis doit :

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

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

D'un caractère familial, convivial et rassurant pour les résidents, l'architecture de l'UHR répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet une qualité de vie et la réalisation d'activités quotidiennes qui rappellent celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier sera porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien et au confort acoustique des lieux.

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

La déambulation au sein de l'unité est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces de l'unité permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulants. Dans le cas de la création d'une UHR par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulants doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces de l'unité sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

7.4 Un environnement sécurisé

Compte tenu des troubles du comportement sévères des personnes accueillies dans l'unité d'hébergement renforcée, un soin particulier sera apporté à certains équipements qui peuvent présenter des risques pour la sécurité tels que les radiateurs ou les fenêtres.

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

Il convient de faciliter l'accès des résidents aux WC qui doivent être aisément identifiables

¹⁹ Le terme espace est volontairement utilisé de manière à ne pas préjuger de la nature de la réponse architecturale : espace délimité ou zone dans un espace polyvalent (même si pour les unités à créer, il est souhaitable d'éviter les espaces polyvalents).

par leur situation et par leur signalisation.

7.6 Les aspects réglementaires

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

7.7 Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement d'une unité d'hébergement renforcé.

- L'entrée

Espace de transition, la conception de l'entrée de l'unité fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

- Les espaces privés

Chaque résident dispose d'un espace privé qui doit faciliter les relations avec sa famille et son entourage. L'espace privé doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes. Il requiert une surface suffisante pour permettre de moduler son organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution.

- L'espace commun de bain, de soins et de « bien-être »

L'UHR dispose d'un espace de soins et de « bien être » visant à stimuler les personnes accueillies et favoriser la relaxation, l'exercice ou les massages.

- Les espaces de convivialité et de vie sociale

L'unité d'hébergement renforcé devra disposer d'espaces collectifs : un espace repas avec office, un espace salon et d'au moins un espace pour permettre aux personnes accueillies dans l'unité de bénéficier d'activités individuelles ou en petit groupe.

Ces espaces sont géographiquement séparés des espaces de vie privée pour permettre une distinction des lieux de vie privés et des lieux de soins et d'activités.

- Les espaces d'activités et de soins :

L'UHR dispose d'au moins un espace d'activités et de soins permettant de stimuler les personnes accueillies dans l'unité qui devra répondre à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel.

Ces espaces doivent répondre au projet thérapeutique de l'UHR et peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple il s'agit :

- *soit*, d'un espace pour activités manuelles: peintures, modelage,...
- *soit*, d'un espace pour activités de musicothérapie,
- *soit*, d'un espace d'activités physiques,
- *soit*, d'un espace multi-sensoriel,
- *soit*, d'un espace de jeux,
- autre....

- Les espaces extérieurs

Que l'unité soit située, en rez-de-chaussée ou en étage, elle doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

- Les espaces de services

L'unité dispose de locaux de service nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale, un espace de réunion du personnel...



Montpellier, le

- 6 AVR. 2010

Pôle départemental de la solidarité
Direction des personnes âgées
Service autorisation tarification

Dossier suivi par : D Carlier
Références : « offre PA Lodève » EQ 10-422
Téléphone : .04 67 67 61 46
Télécopie : .04 67 67 76 60
e-mail : dcarlier@cg34.fr

Monsieur Lucas
Directeur de la Rouvière
Chemin de Campis
34700 SOUBES

Monsieur le directeur,

Vous avez participé, le 10 février 2010 à Lodève, à une réunion de concertation réunissant les 4 directeurs d'EHPAD du secteur, dans le but d'harmoniser l'offre d'accueil pour personnes âgées sur ce secteur

Compte tenu des contraintes et des orientations de chacun, je vous informe que je suis favorable au rapatriement des lits du Caylar au sein de l'EHPAD « la Rouvière » à Soubès.

La nouvelle construction devra permettre la création d'une UHR conforme aux cahiers des charges de la CNSA et du Département, pour accueillir les résidents de « l'Anglade ». Elle devra également réduire la proportion de chambres doubles de « la Rouvière ».

Je souhaite vous rappeler l'effort important du Département pour accompagner financièrement la réhabilitation qui s'engage et vous remercie de bien vouloir associer mes services à ce projet.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

La Vice-Présidente déléguée à la solidarité
et à la politique en faveur du handicap et de la dépendance

Madame Marie Christine Bousquet

Copie : M Estève DDASS



Direction Générale
des Services

Montpellier, le **19 MARS 2010**

Monsieur Didier Lucas
EHPAD La Rouvière
34700 SOUBES

Pôle de la solidarité départementale
Direction des personnes âgées
Service autorisation-tarification
Affaire suivie par : S. Fel
Références : EQ-10-377
Téléphone : .04 67 67 75 88
Télécopie : .04 67 67 72 90
e-mail : sfel@cg34.fr

Monsieur le Directeur,

Par courrier en date du 23 février 2010, vous me faites part du projet d'extension de votre établissement par construction d'un bâtiment neuf afin de rapatrier les lits de l'EHPAD « L'Anglade » situé sur la commune du Caylar.

Cette extension permettra de dédoubler les chambres de l'EHPAD « La Rouvière » et de créer à l'étage une unité d'hébergement renforcée de 12 places.

Comme vous le savez, le cahier des charges départemental prévoit la création de ce type d'unité en rez-de-chaussée.

Toutefois, à titre exceptionnel et dérogatoire à notre cahier des charges, j'émet un avis favorable à votre projet compte-tenu de la configuration du site.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur général adjoint des services,
Directeur du pôle départemental de la solidarité

Patrick German-Géraud



Fiches actions de l'opération de restructuration de l'EHPAD

Phase I : pré-projet		De 09/2009 à 04/2010
Action 1	Définition d'un cahier des charges minimal	
Intervenant	Directeur / adjoint technique	
Durée	3 jours	
Validation	-	
Action 2	Réalisation d'une esquisse	
Intervenant	Architecte missionné par Hérault Habitat	
Durée	4 semaines	
Validation	Conseil Syndical	
	Conseil Général de l'Hérault	
	ARS	

Phase II : étude de faisabilité		De 08/2010 à 01/2011
Action 1	Rédaction et publication de 2 MAPA : étude de sol / mission de programmation	
Intervenant	Directeur	
Durée	4 semaines	
Validation	Commission d'appels d'offres	
Action 2	Attribution des marchés étude de sol / mission de programmation	
Intervenant	Commission d'appels d'offres / directeur	
Durée	1 jour	
Validation	-	
Action 3	Etude de sol	
Intervenant	Entreprise géotechnique	
Durée	4 semaines	
Validation	-	
Action 4	Programmation de l'opération / Estimation du coût de l'opération	
Intervenant	Architecte programmiste	
Durée	8 semaines	
Validation	-	
Action 5	Prise de décision du lancement de l'opération	
Intervenant	Architecte programmiste / directeur	
Durée	4 semaines	
Validation	Comité de pilotage	
	Conseil Général de l'Hérault	
	ARS	

Fiches actions de l'opération de restructuration de l'EHPAD

Phase III : choix d'une AMO		De 02/2011 à 04/2011
Action 1	Rédaction et publication du MAPA : Assistance à Maîtrise d'Ouvrage	
Intervenant	Directeur	
Durée	6 semaines	
Validation	Commission d'appels d'offres	
Action 2	Attribution du marché : Assistance à Maîtrise d'Ouvrage	
Intervenant	Commission d'appels d'offres / directeur	
Durée	1 jour	
Validation	Comité de pilotage	

Phase IV : Concours d'architecte		De 05/2011 à 07/2011
Action 1	Préparation et mise en place du concours d'architecte	
Intervenant	Assistant à Maîtrise d'Ouvrage	
Durée	12 semaines	
Validation	Commission d'appels d'offres	
Action 2	Choix du projet architectural et du Maître d'Œuvre	
Intervenant	Assistant à Maîtrise d'Ouvrage / commission d'appels d'offres / comité de pilotage / directeur	
Durée	5 jours	
Validation	Conseil Syndical	

