



EHESP

**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **décembre 2008**

**Renouveler l'offre de services pour
personnes âgées dépendantes.**

***L'exemple de l'EHPAD « les Marronniers »
de Levallois-Perret***

Sébastien HOUADEC

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels qui ont accepté de m'ouvrir leur porte et de répondre à mes questions, remarques et interrogations.

Je remercie tout spécialement les équipes de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « les Marronniers » de Levallois-Perret pour son accueil chaleureux et sa disponibilité tout au long de mon stage de professionnalisation.

Mes remerciements s'adressent particulièrement à M. Dominique RUSSO, directeur dudit établissement, en ce qu'il a su m'orienter, m'épauler, m'aider dans ma tâche.

Je souhaite également adresser un remerciement à M. Joseph-Bertrand LE RAY, Directeur de la maison de retraite « les résidences MAREVA », qui m'a ouvert les portes de son établissement dans le cadre de mon investigation.

Mes remerciements vont enfin à ma femme et à ma fille qui auront su me supporter, dans les deux sens du terme, durant l'ensemble du temps de la formation et plus spécifiquement durant la période (angoissante) de rédaction du mémoire professionnel.

Sommaire

Introduction	1
1 Le vieillissement démographique et le défi de la dépendance.....	5
1.1 Les enjeux du vieillissement démographique.....	5
1.1.1 Le processus de vieillissement de la population.....	5
1.1.2 Les scénarios d'évolution de la dépendance.....	7
1.1.3 Les prévisions d'évolution : 2020, une année charnière ?.....	9
1.2 La nécessité de s'adapter à une demande de plus en plus exigeante.....	10
1.2.1 L'avènement de la culture individualiste et consumériste.....	10
1.2.2 Une volonté de diversification des modalités de prise en charge visant à faire tomber le mur séparant le domicile et l'institution.....	12
1.3 Les spécificités de la maladie d'Alzheimer.....	14
1.3.1 Une maladie atypique appelant une réponse adaptée.....	14
1.3.2 Un double impératif : prendre soin des patients et prendre soins des aidants. ...	15
2 La situation de l'EHPAD « les Marronniers » : un établissement au cœur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes de Levallois-Perret.....	17
2.1 L'EHPAD « les Marronniers » dans son contexte.....	17
2.1.1 Le contexte régional et départemental dans lequel s'inscrit l'EHPAD « les Marronniers » : les perspectives démographiques et épidémiologiques.....	17
2.1.2 Présentation de l'établissement.....	20
2.1.3 Les points forts de l'EHPAD « les Marronniers ».....	21
2.2 Une offre de service globalement diversifiée mais demeurant insuffisante.....	23
2.2.1 Des perspectives d'évolution de la demande appelant un renforcement de l'offre de services pour personnes âgées dépendantes.....	24
2.2.2 Une prise en charge de la maladie d'Alzheimer perfectible.....	26
2.2.3 La nécessité de développer une offre cohérente.....	28
2.3 Des problématiques spécifiques au territoire de santé 92-3.....	29
2.3.1 Le coût des travaux plus élevé sur la commune de Levallois-Perret.....	29
2.3.2 Des solutions futures devant intégrer les problématiques de recrutement.....	31

3	Renouveler dès aujourd'hui les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	33
3.1	Consolider et améliorer l'existant : la nécessité de développer une offre cohérente.	33
3.1.1	Bâtir un projet d'établissement pour redonner du sens à l'action.	33
3.1.2	Renouveler les modalités de prise en charge de la maladie d'Alzheimer.	35
3.1.3	La nécessaire redistribution des espaces.	41
3.2	Un projet d'extension pour combler les déficits en lits et places.	43
3.2.1	Augmenter le potentiel en hébergement complet sur la ville de Levallois-Perret.	43
3.2.2	Créer de nouvelles places dédiées à l'hébergement temporaire et au repos des aidants.	45
3.3	Inventer les solutions de demain.....	46
3.3.1	Le concept d'appartement relais : un espace permettant de préparer le retour à domicile, ou bien le début d'une institutionnalisation.	46
3.3.2	La question d'une habilitation partielle à l'aide sociale.	48
3.3.3	La mise en place d'une filière gériatrique	50
	Conclusion	53
	Sources et bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I
	ANNEXE 1 : liste des personnes interviewées.....	III
	ANNEXE 2 : grille d'entretien.....	V
	ANNEXE 3 : premiers éléments sur le projet d'extension.....	VII
	ANNEXE 4 : extraits du plan gérontologique des Hauts-de-Seine	XI

Liste des sigles utilisés

ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements
APA	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASVP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement du handicap et de la perte d'autonomie
PSGA	Plan Solidarité Grand Âge
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Hier encore, Philippe BAS, alors Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, indiquait que la population française vit « une révolution : celle de la longévité », « un choc sans précédent dans l'histoire de l'humanité », « un tsunami démographique ». Ces formules chocs visaient à décrire l'urgence de la situation dans laquelle se trouve la France.

Il est vrai que le vieillissement de la population et le développement des pathologies du grand âge sont des évolutions qui traversent la population française mais également l'ensemble des pays développés. De ce fait, une tension s'exerce sur les pouvoirs publics et les opérateurs du champ sanitaire, social et médico-social, visant à permettre une réponse à la demande de services pour personnes âgées dépendantes. Cette tension s'observe d'un point de vue quantitatif bien sûr – il s'agit d'augmenter le nombre de lits et places – mais aussi et surtout d'un point de vue qualitatif.

Car tandis que les populations en situation de fragilité croissent, apparaît la nécessité d'une plus grande qualité et d'une plus grande diversité de services et établissements pour personnes âgées dépendantes. Cette conséquence du développement de l'individualisme et du consumérisme de notre société peut paraître pour le moins heureuse, dans le sens où elle tend à encourager une certaine émulation créatrice chez les différents opérateurs. Aussi, les personnes âgées dépendantes et leur famille s'installent-elles davantage dans une relation producteur - client.

Force est de reconnaître par ailleurs que l'épisode de la canicule de 2003 a propulsé sur le devant de la scène médiatique et politique les réflexions sur le sujet de la prise en charge de la dépendance. Il s'agit d'un signal fort, celui d'une prise de conscience collective, citoyenne même, de cette problématique. Force est de constater, par ailleurs, la nécessité d'une attention particulière pour ce qui concerne les maladies dites « neuro-dégénératives », au premier rang desquelles figure la maladie d'Alzheimer. Celle-ci retient singulièrement l'attention des pouvoirs publics. Ainsi, trois plans se sont succédés depuis 2001, visant à définir un programme d'actions spécifiques pour cette pathologie. C'est dans ce contexte qu'émerge l'obligation quasi morale de la société envers ses aînées, de penser leur futur, de réfléchir à de nouvelles modalités de prise en charge qui ne participent pas d'une forme de *désaffiliation*.

Pour les acteurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes – établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux – c'est un véritable défi qui se présente. Ceci d'autant plus que ces opérateurs évoluent dans un contexte

contraint, tenant aux difficultés de financement, à l'accroissement de la pénibilité au travail, à la complexification de l'environnement juridique (normes d'hygiène, de sécurité, recommandations de bonnes pratiques, référentiels etc.). Plus spécifiquement, pour les opérateurs publics, il s'agit d'intégrer les spécificités du management public (mission de service public, surdétermination du management par la loi – séparation de l'ordonnateur et du comptable, marchés publics – rigidité des statuts de personnel, contrôle tutélaire, etc.).

Le changement apparaît donc comme une évidence aux yeux des différents protagonistes – résidents, familles, simples citoyens, politiques ou encore professionnels du secteur. La mise en œuvre concrète de ce changement paraît en revanche pour le moins complexe. Les nombreux plans avec leurs objectifs chiffrés en lits et places, les rapports alarmants sur l'avenir de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les schémas gérontologiques et autres schémas de l'organisation sanitaire avec leur volet gériatrique, les professionnels, tous se confrontent et parfois même s'affrontent. Ce sont autant de sources d'informations qui s'alimentent les unes les autres et concourent à semer une forme de trouble quant à la définition d'un avenir pour les personnes âgées dépendantes et l'élaboration d'une stratégie d'évolution pour les producteurs de services.

Le travail accompli au sein de l'Établissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes « les Marronniers » de Levallois-Perret est à ce titre tout à fait emblématique. La réalisation d'une étude de faisabilité concernant un projet d'extension de l'établissement a en effet permis de mettre en lumière les différentes solutions qu'il paraît aujourd'hui nécessaire de mettre en place. Car bien que disposant d'ores et déjà d'une palette de services satisfaisante, il semble important de pouvoir consolider et améliorer l'existant. Cette étude a donc été l'occasion pour les différents professionnels de l'établissement de discuter de l'avenir de l'établissement, initiant ainsi le démarrage d'un ensemble hiérarchisé de projets de plus ou moins grande importance. L'objectif est bien évidemment de permettre une meilleure adéquation entre les besoins des personnes âgées sur Levallois-Perret et l'offre de service corrélative.

Aussi, peut-on se poser cette question : en quoi l'évolution de l'offre de service pour personnes âgées dépendantes est-elle nécessaire ? Cette interrogation posée suscite nécessairement la suivante : quelle évolution pour la prise en charge de nos aînées ?

Pour répondre à ces interrogations, je me propose de traiter le sujet en trois temps. Dans une première partie, il me paraît indispensable d'approfondir les questions

de vieillissement de la population française et de dépendance, telles que l'on peut les percevoir au travers des différents rapports, études et plans produits par les pouvoirs publics.

Dans une deuxième partie, je m'efforcerai de questionner les enjeux sous l'angle spécifique de l'établissement, avec comme point d'appui la perception des acteurs de terrain, qu'ils soient financeurs, membres d'un réseau, administratifs, soignants, médecins ou même hospitaliers.

Dans une dernière partie, je m'attacherai à présenter mes préconisations, m'appuyant en cela sur les ambitions de l'établissement « les Marronniers ».

Présentation de la démarche

La réalisation de mon stage de professionnalisation sur l'EHPAD « les Marronniers » a été l'occasion pour moi d'envisager la question que j'ai souhaité traiter dans mon mémoire professionnel, à savoir l'évolution des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, l'une des missions qui m'a été confiée a consisté en la réalisation d'une étude d'opportunité d'un projet d'extension. Cette mission de conception d'un futur pour l'établissement a d'emblée suscité mon intérêt dans la mesure où cet aspect me paraît être un élément important du métier de directeur, en ce qu'il touche à la stratégie même de l'établissement.

L'élaboration de ce mémoire professionnel a nécessité la mise en place d'une organisation et plus encore d'une démarche d'investigation précise. Trois types de recueils de données et d'informations se sont révélés indispensables pour me permettre de cerner les perspectives et les enjeux de l'évolution des modalités de prise en charge de la population.

En premier lieu, il m'est apparu primordial de me constituer une bibliographie me permettant d'appréhender le sujet. La lecture des plans et rapports sur les perspectives d'évolution de la demande des populations âgées a notamment concouru à la définition des contours du sujet. La lecture des documents porteurs d'éléments du contexte dans lequel se trouve l'établissement (schéma gérontologique, schéma régional de l'offre sanitaire, dossier du réseau gérontologique, études et rapports de l'observatoire régional de santé d'Île-de-France) était également nécessaire pour me permettre d'investir pleinement ce sujet dans sa dimension spécifiquement locale.

En second lieu, la réalisation d'entretiens semi directifs a également constitué un point essentiel de ma démarche. Comment aurait-il pu en être autrement ? J'étais et je reste convaincu que la parole des professionnels est primordiale en ce qu'elle est porteuse d'une vérité : celle du quotidien, de l'expérience. Elle est, en outre, intéressante en ce qu'elle est subjective ; elle est délivrée par des personnes qui se positionnent, qui donnent leurs points de vue, leurs avis. Cela signifie néanmoins que cette parole nécessite une prise de recul, une distanciation pour que l'ensemble ne révèle pas des antagonismes mais se transforme en un discours cohérent et porteur de sens. Les entretiens que j'ai conduits ont fait l'objet d'une préparation : l'élaboration d'une grille d'entretien était indispensable (voir annexe n°2).

En troisième et dernier lieu, il m'est apparu intéressant de me positionner en observateur de terrain. Dans ce cadre, il m'a semblé important de traiter avec une attention particulière la problématique de la prise en charge d'Alzheimer. Aussi, ai-je souhaité pouvoir effectuer la visite d'un établissement précisément engagé dans cette prise en charge. Il s'agit de la résidence « Parc er Vor » faisant partie de la maison de retraite « les résidences MAREVA » (Maisons de retraites de Vannes). J'ai sollicité un entretien et une visite de cet établissement parce qu'il m'avait préalablement été indiqué qu'il s'agissait d'une structure ayant été conçue, pensée, pour la prise en charge de cette pathologie.

1 Le vieillissement démographique et le défi de la dépendance.

Il est impossible de parler de la dépendance des personnes âgées sans évoquer la problématique du vieillissement de la population. Lorsque Philippe BAS évoque le « tsunami démographique » auquel la France doit s'attendre, le message qu'il adresse à la population est sans équivoque : il est nécessaire de s'intéresser sérieusement à la question du vieillissement démographique. L'intérêt est d'autant plus grand que l'évolution s'accompagne d'une transformation de la demande de services pour personnes âgées dépendantes. Dans ce contexte, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer apparaît également comme un enjeu au vu de son développement significatif.

1.1 Les enjeux du vieillissement démographique.

La France, à l'instar de nombre de pays européens, se trouve aujourd'hui confrontée à un véritable défi : celui du vieillissement de sa population. Derrière cette terminologie, se dissimule en fait un processus ayant des causes conjuguées, dont les effets les plus importants devraient apparaître dans les années à venir. Les années 2020 paraissent correspondre au point culminant de cette évolution démographique. Néanmoins, bien que disposant de scénarios d'évolution de la dépendance, les conséquences en terme de besoins de prise en charge des personnes âgées restent encore incertaines.

1.1.1 Le processus de vieillissement de la population.

Derrière l'expression de *vieillissement de la population* se dissimulent en effet plusieurs réalités. En fait, l'accroissement continu de la population des personnes âgées, telle que définit par la Fédération Nationale de Gérontologie (FNG), est lié à l'allongement de la durée de la vie, d'une part, et à l'augmentation du nombre de personnes d'un âge « avancé » dans la population, d'autre part. Le papy boom, que l'on peut considérer comme une onde de choc du baby boom observé depuis la fin de la seconde guerre mondiale jusqu'au milieu des années 1970, vient amplifier cette augmentation du nombre de personnes âgées.

Ce premier constat posé, il apparaît nécessaire d'effectuer quelques rappels sémantiques, pour cerner toutes les dimensions du problème que soulève cette évolution démographique. Car, la notion de vieillissement de la population renvoi elle-même à la

notion de vieillissement des individus. Aussi, pour bien comprendre comment une population peut devenir vieille, il faut bien s'entendre sur ce qu'est un individu vieux.

D'où cette interrogation : qu'est-ce qu'une personne âgée ? La réponse à cette question, en apparence très simple, n'est pas chose aisée ; elle ne saurait en outre être univoque. Il est vraisemblable que le vieillissement est un processus, continu et irréversible, qui s'inscrit dans la temporalité de l'individu. Aussi, la réponse consistant à attribuer le qualificatif de « vieux » à une personne ayant atteint un âge donné paraît ne pas coller à la réalité de ce processus de vieillissement. En fait, la barrière de l'âge n'est utilisée que par commodité, soit pour établir des données statistiques, soit pour définir le cadre de certaines prestations ou dispositions en faveur d'une population déterminée. L'organisation mondiale de la santé (OMS) elle-même donne une définition de la personne âgée fondée sur cette notion d'âge barrière : ainsi, devient une personne âgée toute personne atteignant l'âge de 65 ans.

Néanmoins, il faut bien reconnaître que ce type de définition connaît ses limites. Les problématiques de la gériatrie (polypathologie, perte d'autonomie, fragilité, chronicité) concernent relativement peu d'individus âgés de 60 à 70 ans. Ceci explique largement pourquoi le langage permettant de désigner ces populations s'est considérablement enrichi. Les notions de quatrième âge, de young old, de grand âge sont ainsi entrées dans le langage courant. Ces évolutions sémantiques sont significatives d'une évolution majeure de notre société : l'allongement de la durée de vie, qui bénéficie également aux personnes handicapées, et le recul dans la durée de l'apparition des conséquences du vieillissement.

L'âge seul ne permet donc pas de « classer » les personnes qui relèvent de la gérontologie ; la notion de vulnérabilité doit en effet y être associée. C'est bien l'état de la personne qui est déterminant, car c'est lui qui fait que l'on se sent vieux.

Illustration malheureuse de la difficulté de donner une définition qui fasse l'unanimité, la prise en charge de la perte d'autonomie se trouve encore aujourd'hui cliver par cette barrière d'âge. Des personnes dans des situations comparables de handicap physique, ou psychique relèvent à la fois de prestations et de structures différentes selon qu'il s'agit d'une personne âgée de plus ou de moins de 60 ans.

Conscients de ces difficultés et de ces situations qui, par certains aspects, peuvent s'avérer inéquitables, les pouvoirs publics ont entrepris de résoudre ce problème

en lançant le chantier de la création d'un nouveau champ de protection sociale : la compensation de la perte d'autonomie¹.

Ainsi, le processus de vieillissement de la population et le processus de vieillissement de l'individu recèlent d'enjeux très divers, au premier rang desquels se trouve la question cruciale de la dépendance. Il ne s'agit pas que d'une question d'âge, comme nous avons pu le constater. La prise en considération de l'état de la personne est fondamentale pour envisager sa condition, sa prise en charge. Ces premiers éléments nous amènent, à présent, à évoquer les différents enjeux que sous-tend cette évolution démographique de la société française. Il s'agit bien évidemment d'enjeux sanitaires mais également d'enjeux sociaux et sociétaux.

1.1.2 Les scénarios d'évolution de la dépendance.

Du point de vue strictement sanitaire, la perte d'autonomie interroge sur plusieurs aspects : les maladies, notamment les maladies incapacitantes et/ou chroniques, la dépendance, la bonne santé ou encore la fin de vie. Considérant que le système sanitaire français s'est construit dans le but de traiter les pathologies infectieuses, la chronicité des maladies du grand âge, leurs effets souvent incapacitants, handicapants même, se révèlent être des enjeux sérieux d'évolution du système sanitaire français².

Néanmoins, la réponse des pouvoirs publics à cette problématique dépend grandement des perspectives d'évolution de la morbidité des personnes âgées. De ce point de vue, se confrontent trois théories, trois scénarios d'évolutions³.

Ces théories sont apparues au début des années 1980, s'intéressant à l'évolution de l'état de santé de la population. Elles se sont, plus particulièrement, intéressées à la question de la qualité des années d'espérance de vie gagnées.

¹ Voir sur ce sujet le rapport annuel 2007 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), *Construire un nouveau champ de protection sociale*, 81 p.

² Voir sur le sujet *Les enjeux du vieillissement*, « Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ? », collection Tableaux de bord santé, 268 p.

³ Ces théories, développées par Gruenberg EM. et Kramer M., Fries JF. Et enfin Manton KG. sont présentées dans l'article de l'INSERM suivant : « L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité », *Médecin/Sciences*, n° 12, vol. 15.

Ces différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population ont une importance cruciale, dans la mesure où ils permettent d'envisager les besoins futurs de prise en charge de la dépendance, entendus au plan macro-économique.

La première théorie, défendue par GRUENBERG EM. et KRAMER M. (1980), anticipe une pandémie des troubles mentaux – c'est-à-dire des démences – des maladies chroniques et des incapacités associées. GRUENBERG EM. et KRAMER M. estiment tous deux que la date d'apparition des maladies devrait rester identique, mais que la durée de survie avec maladie devrait augmenter. Les progrès thérapeutiques ne permettraient ainsi qu'un allongement de la durée de vie des plus malades et des plus fragiles en somme. Dans cette hypothèse, des états plus sévères seraient à prévoir.

La deuxième théorie est celle présentée par FRIES JF. en 1980. Celui-ci a imaginé un scénario beaucoup plus optimiste, en prédisant un phénomène de compression de la morbidité. L'âge moyen d'apparition des maladies serait en fait reporté dans le temps, alors que l'espérance de vie demeurerait relativement constante. Il pensait alors que l'espérance de vie maximale était de 85 ans. La morbidité serait donc comprimée sur une courte période.

La troisième et dernière théorie est celle de l'équilibre dynamique, développée par MANTON KG. en 1982. Celui-ci estime que la hausse de l'espérance de vie s'explique en partie par le ralentissement du développement des maladies chroniques. Il est persuadé qu'un meilleur contrôle de l'évolution des maladies chroniques devrait entraîner une chute de la mortalité aux âgées élevées. La prévalence des maladies augmenterait, mais les affections seraient en moyenne moins sévères et conduiraient moins souvent à des incapacités.

En réalité, les données françaises colligées sur la période allant de 1981 à 1991 ont permis de montrer que l'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation corrélative de l'espérance de vie sans incapacité, alors que l'espérance de vie sans maladie chronique est demeurée constante. Ainsi, le modèle d'évolution défendu par MANTON K-G. semble être démontré. Une étude réalisée sur 25 ans (1970-1995) dans plusieurs pays développés montre très clairement que les années d'espérance de vie gagnées sont des années d'espérance de vie avec incapacité⁴. Néanmoins, il ne s'agit

⁴ Étude réalisée en Angleterre, Australie, Canada, États-Unis, France et Japon dont les résultats ont été publiés par Robine J-M., Romieu I., Cambois E. La référence complète est disponible dans l'article « L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité » précité.

pas d'années avec incapacité sévère. Contrairement aux inquiétudes de GRUENBERG E-M. et de KRAMER M., il s'avère que l'incapacité sévère a reculé avec la mort et ce ne sont pas les plus malades et les plus fragiles qui ont seul bénéficié de l'allongement de la durée de vie.

1.1.3 Les prévisions d'évolution : 2020, une année charnière ?

Les données chiffrées sur l'évolution de la population française, du point de vue démographique et épidémiologique, permettent de mieux saisir l'ampleur du mouvement que la France est en train de vivre. Ainsi, les « projections démographiques laissent supposer une croissance de l'ordre de 1% par an des personnes dépendantes »⁵.

En effet, après une stabilité du nombre de personnes de plus de 85 ans constatée sur la période 1999-2005, du fait du déficit de naissance observé durant la 1^{ère} Guerre Mondiale, il apparaît clairement que, d'ici à 2020, une première accélération du nombre de personnes âgées devrait se produire. Ainsi, la population des plus de 85 ans devrait quasiment doubler, passant de 1 100 000 à 1 900 000 personnes.

Une seconde accélération est vraisemblable, du fait de l'arrivée aux grands âges des générations issues du baby boom. Cet effet « cohorte » se profile à l'horizon 2025.⁶ Compte tenu de l'allongement de la durée de vie, ce phénomène se voit par ailleurs amplifié. Force est de constater, en effet, qu'en l'espace de 10 ans, l'espérance de vie s'est considérablement accrue avec près de 2,5 années gagnées⁷.

On devrait donc observer une augmentation du nombre de personnes âgées et corrélativement du nombre de personnes âgées dépendantes. Car même si 70% des hommes de 90 ans sont encore autonomes, on ne peut occulter le fait que la perte d'autonomie touche tout de même 6 à 7 % des plus de 60 ans.⁸

C'est également dans ce contexte que se développent les maladies dites neuro-dégénératives : il s'agit bien évidemment de la maladie d'Alzheimer, mais également de la maladie de Parkinson, et de toutes les maladies dites apparentées. Ces maladies neuro-dégénératives touchent 12% des plus de 70 ans. Ce ne sont pas moins de 850 000

⁵ Rapport Gisserot, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévision et marges de choix*, p 18

⁶ Idem, p 19

⁷ Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009.

⁸ Plan Solidarité – Grand Âge, « Pourquoi ce Plan ? » p 1,2 et 3

personnes qui sont atteintes d'une maladie altérant le fonctionnement du cerveau ; ce qui fait qu'un français sur quatre se trouve confronté à ce type de maladie par parent interposé. À noter également que 225 000 nouveaux cas sont recensés chaque année. Ces quelques éléments sur les maladies affectant le cerveau sont d'autant moins anodins que ce type de maladie est à l'origine de 70% des placements en institution et 72% des demandes d'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA)⁹.

1.2 La nécessité de s'adapter à une demande de plus en plus exigeante.

Ce n'est pas tant une question de quantité qu'une question de qualité qui est sous-jacente à l'évolution nécessaire de la prise en charge des personnes âgées. Il ne s'agit pas de minimiser, ni même de marginaliser, la question du nombre de lits et places en maison de retraite, EHPAD, Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), accueil de jour, accueil temporaire etc. Il s'agit en revanche de prendre conscience du fait que la demande des usagers et de leurs familles évolue, dans le sens d'une plus grande exigence de qualité. Il s'agit, en outre, de prendre conscience du fait que cette demande va de paire avec une volonté toujours plus affirmée de pouvoir maîtriser sa destinée, même dans les moments les plus difficiles de sa vie, même lorsque ses facultés physiques et cognitives ne permettent plus d'exprimer le plus lisiblement possible ses choix.

1.2.1 L'avènement de la culture individualiste et consumériste.

L'offre de service pour personnes âgées dépendantes ne peut se concevoir sans que soit prise en considération la demande concomitante. Causse D. Celle-ci s'est progressivement imprégnée d'une culture individualiste et consumériste¹⁰. Très concrètement, la traduction dans le quotidien des EHPAD est de deux ordres.

- A) Une individualisation de la prestation et la reconnaissance de droits nouveaux.

Les notions d'individuation de la prestation, de plaisir, de qualité, appellent à penser autrement la « maison de retraite de demain ». Ces notions sont encore

⁹ Idem p. 16

¹⁰ Il s'agit d'une des 6 perspectives envisagées lors de la Conférence « La Maison de Retraite de demain » à Géront'expo le 27 mars 2003.

aujourd'hui en voie d'intégration dans le quotidien des professionnels qu'ils soient administratifs, techniques ou soignants.

La mise en œuvre de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ¹¹ vient entériner ce constat d'une plus grande individualisation des prestations : l'individu se retrouve, dans le texte de la loi, au cœur des dispositifs de prise en charge. La loi vise en effet à permettre de prendre davantage en considération deux aspects essentiels de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

En premier lieu, la loi reconnaît les droits inhérents à la condition d'utilisateur. La mise en place de nouveaux outils, dont la charte de la personne accueillie ¹² et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) permet l'effectivité de ce processus de reconnaissance. L'utilisateur n'est plus uniquement sujet de droit, il devient détenteur de droit. Sa participation à la vie de l'institution devient un point déterminant du fonctionnement des EHPAD.

En second lieu, la loi crée les conditions nécessaires à la mise en place de prestations réellement individualisées. En conséquence, la mise en œuvre du projet de vie et d'animation, du contrat de séjour ou du document contractuel de prise en charge deviennent la garantie de l'effectivité de cette individualisation de la prestation.

B) Une transformation sociologique des usagers et de leur famille

« Les enfants des personnes âgées d'aujourd'hui et celles de demain seront des générations marquées par mai 68 et les valeurs individualistes d'attention portée à soi et de culte du moi. Leur relation à la vie collective et à ses règles, l'attente d'une forte individualisation des modes d'accueil et des prestations vont prévaloir, de même qu'une susceptibilité consumériste beaucoup plus prononcée encore qu'aujourd'hui. » ¹³

Par ces mots, CAUSSE D. ¹⁴ semble vouloir indiquer que les usagers des établissements et services pour personnes âgées dépendantes ont des exigences, des revendications de consommateurs qu'ils entendent faire respecter. Le consumérisme s'est développé dans le secteur médico-social pour une raison très simple : les résidents

¹¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹² *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance 2007*, disponible sur le site de la Fondation Nationale de Gérontologie : <http://www.fng.fr>

¹³ Extrait de l'intervention de Causse D. à Géront'expo le 27 mars 2003. Conférence « La maison de retraite de demain ».

¹⁴ Causse D., ex-adjoint au Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France, ex-Responsable du pôle vieillesse – handicap et du secteur santé mentale. Causse D. a rejoint le groupe PRO BTP en début d'année 2008.

et leurs familles paient une partie non négligeable des dépenses¹⁵. En outre, les résidents et leur famille ont vécu pleinement les tourments et autres vicissitudes qui ont accompagné la vie dans la société de l'après guerre : le développement d'une société de consommateurs, la libération des mœurs, le développement de la concurrence des produits et services. « Les exigences des citoyens/usagers se sont accrues. Ils acceptent de moins en moins d'être traités en administrés et entendent l'être bien davantage en clients »¹⁶. Dans les faits, on peut constater une véritable exigence de qualité. Les notions de culture du résultat, le désir d'efficacité, d'efficience même, sont en outre l'héritage d'un changement radical des modalités de management des organisations publiques. Dans le secteur de la prise en charge de la dépendance, les outils d'évaluation se multiplient : le référentiel ANGELIQUE¹⁷, la création de l'ANESM¹⁸, la mise en place de questionnaires de satisfaction visent ainsi à mesurer la qualité du service rendu et plus encore à définir des stratégies d'amélioration.

Ainsi, le développement économique et le potentiel revendicatif des personnes âgées, mais également le développement de l'idéologie face au vieillissement sont des facteurs qu'il conviendrait de ne pas négliger dans l'évolution du secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

1.2.2 Une volonté de diversification des modalités de prise en charge visant à faire tomber le mur séparant le domicile et l'institution.

Les pouvoirs publics exhortent les opérateurs à diversifier leur offre : accueil de jour, hébergement temporaire, unité Alzheimer. L'enjeu est en fait double. Il s'agit d'offrir une palette la plus large possible, une offre graduée pour permettre le maintien à domicile et/ou préparer l'institutionnalisation¹⁹.

Les différents plans, schémas, programmes développés par les pouvoirs publics mettent ainsi l'accent sur certains types de prise en charge, certaines modalités d'accompagnement. Il paraît très clair que la volonté des décideurs politiques est

¹⁵ Le Nouveau projet d'établissement des EHPAD, p 10.

¹⁶ Canac Y., *La qualité des services publics : rapport au Premier Ministre*, p 5.

¹⁷ L'évaluation est une obligation légale introduite par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002. Le référentiel ANGELIQUE est un outil permettant l'autoévaluation.

¹⁸ L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), visée à l'article L. 312-1 du CASF, « a pour objet de développer une culture de la bienveillance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pour mener à bien cette mission, elle oriente prioritairement son action en faveur des usagers. »

¹⁹ Plan Solidarité – Grand Âge, p 2.

aujourd'hui de permettre une véritable évolution des modalités de prise en charge visant à répondre à un double objectif : permettre, d'une part, aux personnes âgées dépendantes de conserver une liberté de choix quant à leur devenir et, d'autre part, d'inventer « la maison de retraite de demain »²⁰.

Pour preuve, les objectifs 2, 3, 4 et 5 du Plan Solidarité – Grand Âge (PSGA) sont très clairs à ce propos. Les mesures visent à augmenter les services à domicile, à créer un droit au répit pour les aidants familiaux, à créer de nouvelles formes de logement et éviter les ruptures de prise en charge entre domicile et maison de retraite.

« Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles »²¹ est le premier axe de réforme du PSGA. Aujourd'hui, 26% des personnes les plus dépendantes sont prises en charge par un proche. Ce chiffre révèle à lui seul deux réalités : les solutions d'hébergement peuvent ne pas être privilégiées par les personnes âgées dépendantes et/ou leur famille, les solutions d'hébergement sont en nombre insuffisant.

Vraisemblablement, les consommateurs - personnes âgées souhaitent pouvoir choisir leur destinée. Ainsi, 84 % des français et 87 % des français de plus de 60 ans ne souhaitent pas aller en Maison de retraite. Plus que tout, c'est un déficit d'image des maisons de retraite qui s'affirme. La charge financière est perçue comme excessive pour la quasi-totalité des français ; le coût d'hébergement se révèle quant à lui impossible à assumer pour sept français sur dix (69%). Les places disponibles sont toutefois jugées insuffisantes.

Le soupçon ou le constat de maltraitance mine également l'opinion (près d'un tiers des Français) à l'égard des maisons de retraite, sachant que ce constat est en partie imputable à la médiatisation des affaires de ce type.

L'entrée en institution est rarement une solution choisie. C'est une solution ultime, souvent défendue par la famille, qui ne s'estime plus en mesure de s'occuper de son parent dépendant.

²⁰ Axe 2 de la réforme du Plan Solidarité – Grand Âge, p 4.

²¹ Axe 1 de la réforme du Plan Solidarité – Grand Âge, p 4

Ce qui explique pourquoi, d'une façon générale, les Français estiment que la maison de retraite est un cadre de vie imparfait, une solution par défaut.²²

Il est vrai que le développement de solutions alternatives, favorisant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, va dans le sens d'une liberté de choix plus accrue et ne peut en ce sens qu'être salué. Cependant les solutions permettant le maintien des personnes âgées dépendantes à leur domicile ne constituent qu'une partie seulement de la réponse à apporter au vieillissement de la population française et à l'accroissement de la dépendance. En effet, modernisation et augmentation du nombre de places en établissement d'hébergement (EHPAD, logements-foyers) répondent également à une demande, qui se traduit dans les faits par une augmentation du nombre de demandes d'entrée en EHPAD et l'allongement des délais d'attente. Cela est particulièrement vrai pour ce qui concerne la prise en charge de la maladie d'Alzheimer²³. Celle-ci intéresse spécialement les pouvoirs publics qui lui confèrent une place singulière dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

1.3 Les spécificités de la maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est spécifique à bien des égards. Elle mérite, par là même, une réponse adaptée en termes de prise en charge. Il s'agit plus particulièrement d'offrir des formules de prise en charge à la fois tournées vers le malade et les aidants familiaux.

1.3.1 Une maladie atypique appelant une réponse adaptée.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative. Cela signifie que les neurones qui servent à programmer un certain nombre d'actions disparaissent et entraînent la perte de ces capacités. En l'occurrence, ce sont les neurones localisés dans la région de l'hippocampe, siège de la mémoire, qui sont les premiers atteints. D'autres zones du cerveau finissent par être touchées et mènent à la disparition progressive des

²² Sondage TNS SOFRES réalisé pour la Fédération Hospitalière de France, *Les Français et le grand âge*, avril 2007.

²³ Dans son *rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*, l'Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé indiquait en 2005 qu'il « manque en particulier des places en institution qui soient spécifiquement dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette situation se traduit ainsi par des délais d'attente importants dans certaines régions et présente des risques réels en termes d'égalité d'accès de tous aux soins. »

capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace, de reconnaissance des objets et des personnes, d'utilisation du langage, de raisonnement, de réflexion etc.²⁴

La maladie d'Alzheimer est autrement spécifique à bien des égards : elle renvoi une image dégradante de la vieillesse, elle est bien souvent mal comprise par les familles et même les professionnels. Elle est extrêmement handicapante et nécessite donc des solutions particulières.

Par ailleurs, la prise en charge caractéristique de la maladie d'Alzheimer et, en règle générale, des maladies dites aux troubles apparentés, interroge également. Les pouvoirs publics se montrent très sensibilisés sur cette question qui a obtenu le label de « Grande cause nationale ». Le rapport du Professeur Ménard²⁵ et le plan présidentiel Alzheimer 2008-2012²⁶ illustrent tout à fait cette mobilisation. Ce nouveau plan témoigne d'une prise en considération significative qui se traduit dans les objectifs de développement de services *ad hoc* dévoilé par l'État.

Le 21 septembre 2007 dernier, à l'occasion de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, les premières grandes orientations du plan Alzheimer 2008-2012 ont été dévoilées : le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie, le développement de la recherche médicale, la simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille, dans toutes ses dimensions, mais également l'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer d'apparition précoce (environ 10 000 nouveaux malades, chaque année, âgés de moins de 60 ans). »

1.3.2 Un double impératif : prendre soin des patients et prendre soins des aidants.

La devise de France Alzheimer est la suivante : « un malade c'est toute une famille qui a besoin d'aide ». Cette phrase, comme un slogan nous rappelle la réalité de cette maladie. Celle-ci affecte, en effet, tant les personnes qui en sont atteintes que les aidants eux-mêmes. Il convient ainsi de rappeler que « plus de 70% des aidants passent plus de six heures par jour à prendre en charge le malade »²⁷. Épuisement, fatigue, stress, morbidité plus élevée qu'à l'accoutumée, ces maillons essentiels de la chaîne sont

²⁴ Pour plus d'information voir le site Internet de l'association France Alzheimer <http://www.francealzheimer.org/>

²⁵ Rapport du Pr Ménard J., *Pour le malade et ses proches. Chercher, soigner et prendre soin.*

²⁶ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.

²⁷ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, p 13.

souvent très durement affectés par la prise en charge de cette pathologie. Leur rôle aux stades précoces de la maladie n'en demeure pas moins considérable, tant il est vrai que l'environnement social de la personne malade est primordial. Ils méritent en ce sens que l'on s'intéresse à eux, pour que le point de rupture ne soit pas atteint.

Les solutions proposées doivent donc absolument tenir compte de cette caractéristique de la maladie. Très concrètement, il s'agit de proposer des solutions de répit pour les aidants. Plus encore, il s'agit de trouver les modalités de soutien, d'accompagnement à mettre en œuvre pour que le travail qu'ils effectuent ne soit pas vain. Les hébergements temporaires présentent ainsi l'avantage d'offrir un relais de prise en charge qui s'avère nécessaire pour permettre aux aidants de décompresser, de se reposer etc. Mais il convient de souligner pour ce faire la nécessité d'une information et d'une formation adéquate des intervenants, professionnels ou non, afin que ceux-ci connaissent mieux la maladie, les modalités de prise en charge, les techniques de communication avec les malades pour désamorcer les situations difficiles.

Actuellement, il existe deux modalités de prise en charge qui méritent une attention particulière. En premier lieu, il s'agit de la validation, thérapie développée par FEIL N.²⁸ visant à valider les émotions, les sentiments des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Cette méthode vise à freiner l'évolution de la maladie, à retarder la grabatisation. Elle permet de communiquer avec les malades. La validation étant fondée sur le principe selon lequel il y a une raison derrière tout comportement, il s'agit donc de « comprendre pourquoi les personnes très âgées et désorientées ont tel ou tel comportement et accepter que ce comportement soit le leur ». C'est « la clé qui permettra de les valider ». La technique de la validation n'est pas la seule existante. En second lieu, la méthode de soins GINESTE-MARESCOTTI²⁹, dite « philosophie de l'humanité », est également envisageable. Les premières évaluations ont, semble-t-il, montré que cette méthode permet l'apaisement des comportements d'agitation pathologique dans 80% des cas et de « résoudre de 75 à 95 % des comportements d'agitation ou d'agressivité des hommes vieux atteints de syndromes cognitivo-mnésiques ». Comme son nom l'indique, la technique est basée sur l'humanité des relations, regard, parole, toucher qui agissent en boucle, « rebouchage sensoriel », consolidation émotionnelle, « stratégies de diversion, capture sensorielle ». Cette méthode retarde également la grabatisation et plus encore permet une fin de vie acceptable.

²⁸ « Validation, mode d'emploi : techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer » N. Feil (1997).

²⁹ « Humanité – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux », Gineste Y. et Pélissier J. (2005)

2 La situation de l'EHPAD « les Marronniers » : un établissement au cœur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes de Levallois-Perret.

Les enjeux nationaux trouvent évidemment un écho au niveau local. Car les objectifs de création de lits et places, les objectifs de modernisation sont développés au niveau de la région, du département, des territoires de santé, des communes. Aussi, paraît-il important de resituer dans son contexte local l'établissement « les Marronniers » pour percevoir dans quelle mesure celui-ci se trouve impacté par les stratégies et les politiques promues au plan national.

2.1 L'EHPAD « les Marronniers » dans son contexte.

Afin de clairement resituer l'EHPAD « les Marronniers » dans son contexte, il me semble important au préalable de dresser la carte d'identité de la région et du département afin de mieux cerner les enjeux locaux. Ensuite, une présentation plus complète de l'établissement paraît indispensable, pour enfin livrer ce que l'on peut considérer comme les points forts de l'EHPAD.

2.1.1 Le contexte régional et départemental dans lequel s'inscrit l'EHPAD « les Marronniers » : les perspectives démographiques et épidémiologiques.

A) De fortes disparités infra régionales.

Globalement, la Région Île-de-France est dans une situation plus favorable que la France entière, en termes d'évolutions démographique et épidémiologique. Les disparités sont néanmoins fortes, avec sur les Hauts-de-Seine, une situation plus proche de ce que l'on retrouve généralement sur le territoire français.

La région représente 18,7% de la population totale française, pour seulement 2% du territoire nationale. La région parisienne a cette spécificité d'une forte urbanisation en son cœur ; elle fait montre d'un dynamisme économique important. Elle est la région française qui comprend en proportion le moins de personnes âgées et le plus de jeunes adultes en âge de travailler. Malgré le vieillissement général de la population, l'Île-de-

France conserve donc cette spécificité et ne comptait, au 1^{er} janvier 2004, que 5,9 % de personnes âgées de 75 ans et plus contre 7,9 % pour la France entière.

Au cœur de la région, le *Grand Paris* attire visiblement les jeunes adultes, tandis que la petite et la grande couronne de l'Ile de France voient l'arrivée de familles avec enfants. En revanche, les zones périphériques et rurales connaissent un plus fort vieillissement de leur population.

L'attrait économique de l'Île-de-France est sans conteste le principal moteur de son dynamisme démographique. En 2002, le PIB de l'Île-de-France constituait ainsi 29% du PIB national et 5% du PIB de l'Union Européenne ce qui la plaçait alors au 15ème rang mondial à l'échelle des nations. Étant le premier bassin d'emploi à l'échelle européenne, l'Île-de-France draine inévitablement les personnes en âge de travailler, qui elles-mêmes viennent avec leur famille.

Il convient également de souligner que l'espérance de vie à la naissance est supérieure en Ile de France à celle de la France entière. En 2003, elle était en effet de 77,3 ans pour les hommes et de 83,2 ans pour les femmes. A noter que l'écart entre les sexes est également plus faible dans la région (5,9 ans contre 7 ans au niveau national).³⁰

Tout type d'équipement confondu, l'offre régionale de services pour personnes âgées dépendante se situe en deçà de la moyenne nationale avec seulement 145 places en Logement-Foyer, Maison de Retraite ou USLD pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Ile de France contre 153 pour 1000 au niveau national. Les disparités régionales sont en outre importantes. Avec 85 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans Paris reste sans conteste le département le plus mal doté. Les départements de la petite couronne sont également dans une situation déficitaire au regard de la moyenne nationale avec notamment 136 places pour 1000 dans les Hauts-de-Seine tout type d'équipement confondu.

³⁰ Les données relatives à la région Île-de-France sont extraites des *Éléments de diagnostic sanitaire 2007* établis par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Île-de-France (URCAMIF), disponibles sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/Diagnostic-sanitaire-regional.5628.0.html>

- B) La situation dans les Hauts-de-Seine : une augmentation programmée du besoin de services pour personnes âgées dépendantes.

Le département des Hauts-de-Seine se caractérise par une forte proportion des 20-59 ans et une proportion des plus de 60 ans supérieure à celle des départements de la grande couronne, mais n'atteignant pas toutefois le niveau national.

Les Hauts-de-Seine représentent en fait 13,2% de la population d'Ile de France avec 1 494 269 personnes recensées en 2004³¹. Avec un territoire représentant 176 km² le département présente une densité importante de 8 490 habitants au kilomètre carré.

La répartition par sexe dans les Hauts-de-Seine s'établit de la manière suivante : 714 906 hommes pour 779 363 femmes, dont respectivement 4,9% et 8,5% de personnes âgées de plus de 75 ans. Le département connaît en outre un indice de vieillissement de 53,56 ce qui semble conséquent³². Selon les estimations réalisées en 2004, la population des plus de 75 ans représenterait 101 466 personnes, ce qui correspond à un taux de progression entre 1999 et 2004 de 15,4%.

En 2015, les projections tablent sur une population de plus de 75 ans représentant 106 909 personnes, ce qui correspondrait à une progression de 21,59% sur la période 1999-2015. Il convient de préciser que la commune de Levallois-Perret se situe sur le territoire de santé 92-3³³. Cette précision est importante dans la mesure où ce territoire de santé se trouve être celui qui devrait abriter la plus grande part des personnes âgées de plus de 75 ans dans le département des Hauts-de-Seine, soit 48 157 personnes selon les estimations réalisées. Environ 41% de la population des plus de 75 ans des Hauts-de-Seine serait donc concentré en 2010 dans le territoire 92.3³⁴.

Enfin, il paraît important de souligner que l'espérance de vie à la naissance est élevée avec un niveau de 78 ans pour les hommes et de 83,7 ans pour les femmes. Notons que ces chiffres, relevés en 2003, mériteraient d'être revus à la hausse pour tenir

³¹ INSEE – Estimations Localisées de Population – 2004.

³² L'indice de vieillissement signifie que pour 100 personnes de moins de 20 ans on recense 53,56 personnes âgées de 75 ans ou plus.

³³ Le *Plan gérontologique 2005-2010 des Hauts-de-Seine* précise que le territoire de santé 92-3 correspond en fait à l'ancien bassin de vie n° 10

³⁴ Projections du *Plan gérontologique 2005-2010 des Hauts-de-Seine*, réalisées selon la méthode Omphale

compte de l'effet canicule. Pour mémoire, on a pour la France entière une espérance de vie de 75,9 ans pour les hommes et de 82,9 ans pour les femmes.

Notons que le taux d'équipement en Maison de Retraite des Hauts-de-Seine s'établit à 89 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans au 31 décembre 2003³⁵.

2.1.2 Présentation de l'établissement.

La Maison de Retraite « les Marronniers » est un établissement public autonome communal régi par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, modifié par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002. L'établissement est devenu EHPAD avec la signature de la convention tripartite le 1^{er} octobre 2005.

L'établissement se situe sur la commune de Levallois-Perret, ville du département des Hauts-de-Seine, bordant la Seine entre Neuilly, Clichy et Paris. Il se trouve dans une cité économiquement dynamique, proposant un grand choix d'activités culturelles et de manifestations diverses ce qui présente un avantage certain en termes de cadre de vie. On peut affirmer que Levallois est un espace à taille humaine.

L'EHPAD « les Marronniers » dispose d'une capacité d'hébergement de 120 lits, dont deux sont réservés à l'hébergement temporaire et vingt autres sont réservés, dans une unité spécifique fermée, à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. L'établissement gère en outre SSIAD de 60 places et un accueil de jour de 15 places, nommé « l'Oasis ».

Le rapport d'activité médical pour 2007 fait état d'un Groupe Iso Ressource (GIR) moyen pondéré s'établissant à 695. L'établissement dispose de 79,78 équivalents temps plein (ETP). Le budget 2007 était de 4 866 771 € pour l'activité EHPAD seule.

Au 29 novembre 2007, la Maison de retraite « les Marronniers » comptait 119 résidents dont 72 payants et 47 bénéficiaires de l'aide sociale. En 2007, 31 entrées dont 2 hébergements temporaires ont été réalisées alors que dans le même temps 28 décès étaient à déplorer. Le taux d'occupation a atteint 97.90% du taux prévisionnel que le Conseil Général avait retenu. Les listes d'attente comptent en file active 31 personnes pour l'hébergement dit « classique » et 30 personnes pour l'unité Alzheimer. Ainsi, la

³⁵ Site Internet de l'Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France : <http://www.ors-idf.org>

durée moyenne d'attente est de 12 mois pour obtenir une place d'hébergement classique et monte même à 20 mois pour bénéficier d'une prise en charge dans l'unité Alzheimer.

2.1.3 Les points forts de l'EHPAD « les Marronniers ».

De l'avis même des personnels du service de contrôle des établissements pour personnes âgées du Conseil Général des Hauts-de-Seine, l'EHPAD « les Marronniers » est « un excellent établissement pour un établissement public, au niveau de l'hôtellerie notamment ». C'est la raison pour laquelle « aucune plainte de résidents ou de familles n'est à déplorer ». Ainsi, les principaux points forts de l'établissement sont les suivants : un cadre de vie agréable, une prise en charge soignante de qualité, du personnel investit, une prise en charge hôtelière appréciée, un réseau d'intervenant extérieur important.

A) Un cadre de vie agréable.

L'EHPAD « les Marronniers » est riche de sa diversité de prestations. C'est un établissement récent (réhabilitation, reconstruction effectuée en 1998-2000), bien entretenu, clair, spacieux, qui constitue un cadre de vie agréable et propre. Son excellente situation est en outre un point fort : proche du parc de la Planchette, bénéficiant d'une ouverture sur une rue piétonne, sa place est centrale dans la ville, avec une réelle proximité du centre ville très animé, notamment grâce à la présence de nombreux petits commerces de quartier.

B) Une prise en charge soignante de qualité.

Dans son rapport d'activité médicale pour l'année 2007, le Médecin Coordonnateur de l'établissement affirme que globalement « la prise en charge soin est de qualité ». Mais ce rapport révèle surtout une médicalisation progressive des résidents, l'établissement devenant « davantage qu'un lieu de vie, un lieu de soins ». Le Médecin Coordonnateur déplore par ailleurs que cette évolution s'effectue « sans en avoir toujours les moyens ».

On peut s'enorgueillir d'une bonne qualité de suivi sur le plan individuel, le dossier de soin est bien tenu. Le médecin coordonnateur et l'ensemble de l'équipe soignante s'inscrivent dans une politique d'évitement de l'hospitalisation. Il n'en demeure pas moins qu'un ensemble de conventions et de partenariats vise à assurer une

continuité de la prise en charge entre le secteur strictement sanitaire et le secteur social et médico-social.

Ainsi, a été signée une convention avec l'unité mobile d'hospitalisation à domicile du SCOP (Soins Continus de l'Ouest Parisien). De même, un partenariat direct avec le laboratoire de la ville permet une plus grande réactivité et une prise en charge adaptée, grâce notamment à l'aide apportée par les médecins biologistes et à la rapidité de transmission des résultats.

L'adressage de résidents à l'hôpital Louis Mourier de Colombes en service de stomatologie et soins dentaires fait également l'objet d'un partenariat permettant par exemple une plus grande rapidité dans la prise de rendez-vous et un dialogue facilité avec les différents professionnels de santé. En outre, un partenariat avec le service d'orthopédie a été réalisé, même s'il faut avouer qu'il est à ce jour peu utilisé.

L'équipe soignante se félicite du « bon fonctionnement empirique, de la collaboration avec les urgences de l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours », même si aucune convention n'a été signée à ce jour.

C) Du personnel investi.

L'investissement du personnel dans ce qui constitue la vie de l'établissement est à mon sens un atout majeur pour l'établissement. « L'établissement paraît assez dynamique, le personnel fait bouger les choses » relève le Conseil Général du 92.

Il y a une véritable cohésion dans l'équipe soignante, entre le Médecin Coordonnateur, les infirmiers diplômés d'État (IDE), les aides-soignants (AS). Du point de vue du Médecin Coordonnateur, mais également du Directeur de l'EHPAD, « cela est très important ». Il y a un suivi et une cohérence dans la prise en charge soignante, « digne d'un service hospitalier ». « L'organisation tient la route, tout est bien rôdé et ce depuis longtemps. »

D) Une prise en charge hôtelière appréciée.

« Les moyens dont dispose l'établissement sont d'un bon niveau. »³⁶ Les Marronniers sont « bien lotis » en termes de matériel, éléments techniques. La réactivité face à des demandes de matériels est grande, ce qui indique qu'il y a un véritable suivi.

³⁶ Propos recueillis auprès de la responsable budget et achats

On sent que l'établissement « se donne les moyens de faire les choses ». Il ne s'agit pas d'une simple façade : j'ai personnellement pu observer la réactivité de l'équipe de Direction, son implication. Les demandes sont systématiquement l'objet d'un échange, d'un suivi.

La restauration est un autre point fort. L'alimentation proposée correspond à la génération hébergée : ce sont « des bons plats qui tiennent au corps », affirme la responsable du service animation. En tout état de cause, il ressort des différentes commissions menu que la restauration est globalement d'un bon niveau.

E) Un réseau important d'intervenants extérieurs.

Le fait de bénéficier d'une généreuse population de bénévoles est appréciable. La responsable du service animation gère ainsi une quarantaine de bénévoles réguliers. Parmi eux, certains sont directement rattachés au service animation et d'autres dépendent des six associations collaborant régulièrement avec l'établissement.

L'EHPAD « les Marronniers » bénéficie, en outre, de l'intervention régulière d'une équipe de kinésithérapeutes libéraux, présents sur l'établissement cinq jours sur sept. Le médecin coordonnateur souligne que « leur présence est importante. La coordination avec les différents personnels est excellente. » Ceci d'autant plus que « les différents personnels connaissent bien les professionnels de santé, les médecins libéraux intervenant sur l'établissement sont disponibles. » Ainsi l'établissement ne paraît pas recroquevillé sur lui-même, il semble même plutôt bien implanté dans la ville, ouvert sur l'extérieur.

L'ensemble de ces points forts constitue un socle sur lequel l'établissement sait pouvoir s'appuyer dans le cadre d'une dynamique d'évolution de l'offre de services pour les personnes âgées dépendantes. Toutefois, des dysfonctionnements existent, des améliorations sont possibles, des innovations sont sans doute nécessaires, comme nous allons le voir dans les propos qui suivent.

2.2 Une offre de service globalement diversifiée mais demeurant insuffisante.

Le renforcement de l'offre de service pour personnes âgées dépendantes paraît nécessaire pour permettre une adaptation à la demande, que l'on entrevoit grandissante

sur Levallois-Perret. Les perspectives d'évolution démographique et épidémiologique plaident, en effet, pour une amélioration, qui concerne notamment la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, que l'on peut estimer perfectible. Introduire davantage de cohérence pour les usagers et leur famille paraît, pour se faire, indispensable.

2.2.1 Des perspectives d'évolution de la demande appelant un renforcement de l'offre de services pour personnes âgées dépendantes.

En 1999, la population totale de Levallois-Perret représentait en effet 54 750 personnes. La même année, les plus de 60 ans représentaient 9 247 personnes à Levallois-Perret, correspondant à 16,9% de la population totale, tandis que les personnes de plus de 75 ans représentaient 3 603 personnes, soit 6,6% de la population totale³⁷.

Selon les estimations de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population de la ville serait portée à 62 500 personnes³⁸ au 1^{er} janvier 2005, ce qui correspond à un taux d'évolution annuel de 2,2% depuis 1999.

On estime ainsi que les Levalloisiens de plus de 75 ans représenteraient 4 456 personnes à cette date. Comparativement au recensement effectué en 1999, on observerait une augmentation de la population des plus de 75 ans de l'ordre de 24%. Ce taux d'augmentation est porté à près de 29% pour 2020 selon les projections du scénario central évoqué dans le schéma gérontologique 2005-2010 des Hauts-de-Seine. Il convient enfin d'ajouter que les estimations du schéma gérontologique des Hauts-de-Seine prévoient un nombre de personnes, classées en GIR 1 à 4, porté à 623 contre 573 en 2004.

Les solutions, les services, les structures pour personnes âgées, existants sur Levallois-Perret contribuent à faire de cette ville une ère géographique au maillage exemplaire. Toutefois, les prévisions d'évolution de la demande sur le territoire de santé considéré, et plus spécifiquement sur Levallois-Perret, plaident pour un renforcement des solutions visant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, qu'il s'agisse de solutions d'hébergement classiques ou bien de solutions alternatives, en matière d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour. Ainsi, on dénombre aujourd'hui 343

³⁷ Données recueillies dans le *Plan gérontologique des Hauts-de-Seine 2005-2010*. Il convient de souligner l'importance des données et objectifs contenus dans ce schéma puisque celui-ci est opposable, comme le précise l'article L 313-4 du CASF.

³⁸ *Les grandes communes d'Île de France : une population en hausse depuis 1999*. INSEE Île-de-France, Faits et Chiffres n° 139 de janvier 2007.

places installées en Maison de retraite ou Unité de Soins de Longue Durée (USLD)³⁹. De la même façon, le taux d'équipement en matière d'hébergement temporaire est très faible : 1,2 place pour 1000 habitants de plus de 75 ans dans les Hauts-de-Seine contre 1,6 pour la France entière.

On le voit donc, des manques dans l'offre de services persistent. Il est en effet nécessaire de rappeler qu'au 31 décembre 2007, la file d'attente était de 31 personnes pour une place en hébergement classique et de 30 personnes sur l'unité Alzheimer, alors même que le taux d'activité moyen est de 98,86 % sur les trois derniers exercices clos⁴⁰. C'est la raison pour laquelle l'attente moyenne est longue : douze mois pour l'hébergement classique et vingt mois pour l'unité Alzheimer.

Ainsi, la programmation régionale indique très clairement que le renforcement de places en EHPAD est une priorité pour faire face aux besoins croissants⁴¹. Les départements les moins bien équipés, en l'occurrence Paris et la petite couronne, sont les premiers concernés par cet objectif général. L'idée sous-tendue est bien évidemment la réduction des inégalités inter et infra-départementales en matière d'équipement. Le schéma gérontologique des Hauts-de-Seine 2005-2010 va également dans ce sens en fixant comme objectif la création de 627 lits d'hébergement.

Plus précisément, il est indiqué que le niveau d'équipement cible pour la ville de Levallois-Perret est de 419 places en maison de retraite ou USLD pour 2010 et 436 places pour 2020. Cela correspond au global à une augmentation de 93 places à l'horizon 2020. Il n'est cependant envisagé aucun projet sur la ville. Le territoire de santé 92-3 ne compte en fait que quatre projets de création ou d'extension d'EHPAD (2 à Colombes, 1 à Neuilly-sur-Seine et 1 à Courbevoie), correspondant ainsi à 360 places.

L'ensemble de la région francilienne est également concerné par des objectifs précis en termes d'alternatives à l'institutionnalisation. La création de 1200 places supplémentaires d'accueil de jour et de 900 places d'hébergement temporaire est ainsi envisagée⁴².

³⁹ Les places en Logement-Foyer ne sont donc pas comptabilisées.

⁴⁰ Éléments tirés du rapport de gestion 2007. Le taux d'activité est calculé par rapport au nombre prévisionnel de journée retenu par le Conseil Général des Hauts-de-Seine, soit 42 924 journée pour 43 800 journées théoriques.

⁴¹ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2008-2012, p 5

⁴² Idem, p 4

2.2.2 Une prise en charge de la maladie d'Alzheimer perfectible.

Le fait de disposer d'une unité Alzheimer et d'un Accueil de Jour, également orienté vers la prise en charge de cette population, est de toute évidence un atout, dont la ville de Levallois-Perret peut se prévaloir. Des difficultés sont néanmoins à souligner.

A) L'unité Alzheimer.

L'ensemble des protagonistes de l'établissement s'accorde aujourd'hui à dire que des difficultés subsistent dans la prise en charge au sein de l'unité Alzheimer. L'évolution de la santé des résidents de cette unité, en premier lieu, et l'inadaptation des locaux, en second lieu, incitent en effet à envisager des solutions pour améliorer la situation.

Avec un GMP s'établissant à 920 points et 50% de grabataires à semi grabataire⁴³, il apparaît en effet que l'évolution des résidents de cette unité est telle, que désormais « nombre d'entre eux ne répondent plus forcément aux critères d'entrée »⁴⁴ dans ce type de service spécialisé.

Le médecin coordonnateur constate une véritable « aggravation des pathologies démentielles avec majoration des troubles du comportement notamment alimentaire (dénutrition, déshydratation, escarres) ». Une coupe PATHOS de cette unité a été réalisée en mars 2008. Celle-ci met en évidence une population ayant « une charge en soins de nursing majeure, présentant des poly-pathologies équilibrées mais nécessitant une prise en charge spécifique en raison de la pathologie démentielle prédominante »⁴⁵.

L'unité est « décevante, elle est un cul-de-sac » pour les résidents, toujours selon le médecin coordonnateur. Elle n'assure pas une prise en charge telle que sa vocation la définit en principe. La mise en œuvre d'un réel travail de stimulation se trouve par là même extrêmement compliqué. Pour envisager la mise en place de stratégies thérapeutiques indispensables pour les malades, une formation adéquate de l'ensemble des personnels intervenants s'avère nécessaire.

⁴³ Rapport d'activité médical 2007 de l'établissement.

⁴⁴ Propos recueillis auprès du Médecin coordonnateur de l'EHPAD « les Marronniers ».

⁴⁵ Rapport d'activité médicale 2007.

Ainsi, on peut considérer que l'unité Alzheimer n'est pas utilisée de manière optimale. Les familles, dont les parents sont entrés dans cette unité refusent aujourd'hui de les voir changer de service, quand bien même ceux-ci ne répondraient plus aux critères de prise en charge pour ce type d'unité. Certains résidents en hébergement classique mériteraient pourtant une prise en charge spécifique. D'autres personnes âgées, non prises en charge par l'établissement, sont également en attente d'une place mais demeurent, de la même façon, sans une solution appropriée. Ainsi, 31 personnes étaient en attente d'une place dans l'unité Alzheimer au 31 décembre 2007.

Un réel problème d'architecture se pose par ailleurs. Pour l'heure, l'ensemble des chambres sont doubles. Bien évidemment, d'un point de vue strictement arithmétique, l'unité se trouve noyée dans la masse globale des lits et l'établissement ne se trouve donc pas hors du taux maximal de tolérance de chambres à 2 lits, fixé à 10% du total. Néanmoins, la présence de ces chambres doubles, tout particulièrement dans cette unité, pose un réel problème. Ainsi, on a pu constater que le sommeil était régulièrement perturbé par un voisin déambulant, agité. La sécurisation des locaux n'est aujourd'hui pas assurée. Certains espaces, auxquels ces résidents ont accès, peuvent effectivement être considérés comme dangereux (notamment, un accès escalier dans lequel un résident a déjà chuté).

B) L'accueil de jour

L'utilité de cet accueil de jour ne soulève, *a priori*, aucune interrogation. En revanche, le niveau d'activité pose question, tant il est vrai que sa faiblesse se révèle problématique. Le service de contrôle des établissements pour personnes âgées du Conseil Général des Hauts-de-Seine, estime ainsi que « s'il est une amélioration à apporter, c'est du point de vue de l'accueil de jour ». Celui-ci connaît aujourd'hui encore une activité très faible, alors même qu'il s'agit d'un « élément important de l'offre de service aux personnes âgées ». Un travail en relation avec l'ensemble des intervenants de la prise en charge des personnes âgées paraît nécessaire, notamment avec le Réseau Gérontologique et les Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) voisins.

Il y a un travail de contact à effectuer, de communication. Pour le Conseil Général, il s'agit de fournir un espace qui permette à la fois le repos des familles et l'accueil des personnes âgées. En outre, le Médecin coordonnateur relève que la brutalité dans la transition domicile - institution persiste. Le renouveau de l'accueil de jour « l'Oasis » apparaît donc comme une priorité.

2.2.3 La nécessité de développer une offre cohérente.

Bien évidemment, la diversité des structures et services est un atout pour la ville de Levallois-Perret. Les structures sanitaires, les solutions d'hébergement complet en EHPAD ou Logement-Foyer, ainsi que les services visant à permettre le maintien de la personne âgée à son domicile ouvrent de nombreuses possibilités de prise en charge, de formules.

Le tableau ci-après retrace les différentes structures existantes.

Etablissement de santé	EHPAD / maison de retraite médicalisée	Résidences pour personnes âgées	Service de maintien de l'autonomie	Service d'aide dans la vie quotidienne
Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours, EPS, avec 12 lits d'USLD	EHPAD RESIDENCE ARPAGE, association L.1901 non reconnue d'utilité publique, sous autorité mixte préfet dpt et PCG (convention tripartite/DG partielle), 90 lits, accueil permanent et temporaire ;	Logement Foyer « RESIDENCE LORRAINE » Centre Communal Action Sociale, établissement à tarif libre, 52 lits (59 studios indiqués sur site mairie) ;	Services de Soins Infirmiers à Domicile (rattaché aux Marronniers), 60 places	Restaurant Lorraine ;
Hôpital Franco-Britannique	MAISON DE RETRAITE « GREFFULHE », association L.1901 non reconnue d'utilité publique, établissement à tarif libre 95 lits, accueil permanent ;	Résidence Municipale Mathilde Girault, établissement réservé aux personnes âgées de 65 ans et plus, 23 studios ou 2 pièces ;	Accueil de Jour l'Oasis (rattaché aux Marronniers), 15 places	Restaurant du Parc ;
Hôpital de jour Adultes Roger Prévost	EHPAD les Marronniers, établissement public autonome, sous autorité mixte préfet dpt et PCG (convention tripartite), accueil permanent et accueil temporaire 120 lits, accueil de jour, 15 places et SSIAD, 60 places ;	Résidence Municipale Wilson, établissement réservé aux personnes âgées de 65 ans et plus, 83 studios ou 2 pièces ;		Association des Services à Domicile de Levallois (ASDL) ;
CMP ADULTES 92G04 (C. DESMOULIN)		Les Hespérides, 75 logements réservé pour personnes âgées de plus de 65 ans ;		Service de livraison de reaps pour les Levalloisiens de 65 ans et plus (CCAS) ;
				Système d'alarme portable reliant par télé-assistance toute personne dépendante à un service d'urgence du 92 (Résidence Lorraine)

Néanmoins, bien que bénéficiant d'une organisation en réseau, il me semble que la cohérence globale du dispositif n'est pas évidente pour les usagers potentiels. « Une

réflexion, sur l'offre et sa structuration, doit en effet être menée⁴⁶ ». En outre, pour ce qui concerne plus particulièrement l'offre de l'EHPAD « les Marronniers », il me semble que l'absence d'un projet d'établissement, clair et connu de tous, diminue les capacités de l'établissement à communiquer sur ses activités présentes et futures.

Conscient de ces difficultés, le Directeur a d'ailleurs souhaité initier une démarche visant à l'élaboration, pour l'unité Alzheimer uniquement, d'un projet de service. Il s'agit là d'une première étape, qui appelle très certainement une démarche plus globale d'élaboration d'un véritable projet d'établissement.

2.3 Des problématiques spécifiques au territoire de santé 92-3.

Il convient de relever certaines problématiques spécifiques au territoire de santé 92-3. Deux ont plus particulièrement retenu mon attention dans le cadre de mes investigations. Il s'agit en premier lieu du coût des travaux qui est élevé sur la région et notamment sur Levallois-Perret. En second lieu, il s'agit de la problématique du recrutement, qui est prégnante en région parisienne.

2.3.1 Le coût des travaux plus élevé sur la commune de Levallois-Perret.

Très certainement que le peu de projet en cours de réalisation sur le territoire de santé 92-3 trouve son explication dans le coût élevé des constructions. En effet, seuls quatre projets sont recensés au PRIAC 2008-2012 sur le territoire de santé considéré.

Il est vrai qu'à Levallois-Perret, les coûts sont proches de ceux de la ville de Paris. Ceux-ci ont été estimés par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) à 150 000€ la place (source rapport Assemblée Nationale). Dans ce contexte, et même si cela peut s'avérer nécessaire par ailleurs, il paraît particulièrement difficile d'envisager une augmentation des capacités d'accueil en institution sans que la question cruciale du coût ne soit évoquée.

En effet, cette question soulève plusieurs types de difficultés. Il s'agit, en premier lieu, du montage financier d'un projet, qui nécessite une étude des capacités à investir de

⁴⁶ Propos recueillis auprès du Dr Champetier du service gériatrique de l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours de Levallois-Perret.

l'établissement (par l'autofinancement, emprunt, subventions, en d'autres termes les effets sur la section d'investissement). Il s'agit, en second lieu, de mesurer les effets prévisibles sur le tarif hébergement de l'établissement. Rappelons, en effet, que les dotations aux amortissements et les charges d'intérêts d'emprunts affectent directement la section hébergement. Sachant qu'il a été démontré que les investissements effectués dans le cadre de projet de modernisation sont « la principale cause d'augmentation du prix payé par les résidents »⁴⁷. Avec en moyenne un reste à charge de 1 200 € par mois, on ne peut négliger l'impact de telles mesures sur la situation financière des hébergés.

De ce fait, le Conseil Général s'avère peu enclin à soutenir les opérateurs désireux de porter des projets de création de lits d'hébergement. Le service de contrôle des établissements pour personnes âgées indique ainsi qu'il « existe sur Levallois-Perret deux Maisons de retraite, une publique et une privée. Il ne semble donc pas prioritaire de créer des places, d'autant que cela ne semble financièrement pas envisageable. » Ces propos paraissent néanmoins contredire les objectifs en lits et places arrêtés dans le schéma gérontologique 2005-2010 du département des Hauts-de-Seine.

Pour ce qui concerne spécifiquement l'EHPAD « les Marronniers », le tarif hébergement s'élevant à 68,09 € pour 2008⁴⁸, la question de la solvabilité se pose avec une acuité toute particulière. Ceci d'autant plus que la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale se trouve restreinte⁴⁹. Même si, comme le précise le Conseil Général des Hauts-de-Seine, « ce tarif permet à l'établissement de fonctionner avec des moyens suffisants », on ne peut pas ne pas tenir compte de la situation financière des usagers qui risque, dès lors, de se dégrader. Cet aspect doit tout spécialement retenir l'attention du Directeur dans la mesure où la maîtrise des évolutions de tarifs est un des éléments d'attractivité d'un établissement, d'un service. Rappelons, néanmoins, que le tarif moyen se situe dans les Hauts-de-Seine à 69,18 € pour l'ensemble des établissements habilités totalement à l'aide sociale⁵⁰.

⁴⁷ PSGA, p 25.

⁴⁸ Arrêté par le Conseil Général des Hauts-de-Seine.

⁴⁹ Seulement 30% de résidents bénéficiaires de l'aide sociale au 31 décembre 2007.

⁵⁰ Information livrée par le service de contrôle des établissements pour personnes âgées du Conseil Général des Hauts-de-Seine

2.3.2 Des solutions futures devant intégrer les problématiques de recrutement.

La région parisienne connaît des difficultés de recrutement de personnel, infirmier notamment, ce qui obère la capacité des promoteurs à créer des places supplémentaires en EHPAD.

Or, du point de vue de l'établissement « les Marronniers » la gestion du personnel infirmier pourrait se révéler des plus complexes. Des départs sont effectivement prévus et, dans le même temps, il faut bien reconnaître une réelle difficulté à recruter. Pour pallier ce déficit programmé, la responsable ressources humaines note qu'il conviendrait sans doute de mettre en place « un processus de recrutement ambitieux pour pérenniser l'équipe ». Le problème, concernant le recrutement infirmier, tient à l'effet de la concurrence sur le marché du travail.

La concurrence fait que, d'une part, les exigences salariales sont fortes : les employeurs privés peuvent se permettre de proposer des salaires attractifs, alors que le statut public demeure de ce point de vue contraignant. D'autre part, les IDE peuvent être davantage attirés par les activités d'aiguë (« dans les services de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris » relève notamment la responsable ressources humaines de l'établissement). Mais il convient de préciser, sur ce dernier point, qu'il s'agit d'une problématique qui dépasse le cadre de la région Île-de-France ; celle-ci a trait à l'attractivité même du secteur de la prise en charge des personnes âgées.

Ainsi, malgré des atouts sur lesquels l'établissement peut compter, il paraît nécessaire de préparer dès à présent l'évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sur la ville de Levallois-Perret. Les propos qui suivent, bien que s'inscrivant dans ce contexte local, visent à fournir quelques pistes de réflexion sur le renouvellement des modalités de prise en charge.

3 Renouveler dès aujourd'hui les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

L'analyse du contexte de l'offre de service de l'EHPAD « les Marronniers » m'amène dans cette dernière partie à formuler quelques propositions d'actions, visant à permettre une évolution des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes sur la commune de Levallois-Perret. D'emblée, il me faut préciser que ces préconisations s'inscrivent dans une temporalité qui reste à déterminer, même si la présentation suivante suit une logique de priorisation des actions. Ainsi, je suis convaincu que l'élaboration d'un futur en terme de prise en charge des personnes âgées dépendantes nécessite, tout d'abord, une consolidation et une amélioration de l'offre existante. Ensuite, il m'apparaît nécessaire de combler les éventuels déficits en lits et place. Enfin, l'innovation, la recherche de solutions nouvelles s'avère nécessaire pour permettre aux établissements et services de s'adapter aux évolutions de la demande.

3.1 Consolider et améliorer l'existant : la nécessité de développer une offre cohérente.

Vraisemblablement, le renouvellement des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes impose de consolider et d'améliorer l'offre existante. Dans cette optique, l'équipe de l'EHPAD « les Marronniers » peut s'appuyer sur ses qualités ; mais il est nécessaire qu'elle les inscrive dans le cadre d'une stratégie globale cohérente. Le projet d'établissement est clairement l'outil privilégié pour mettre en œuvre cette dynamique au long cours. Néanmoins, les difficultés en termes de prise en charge de la maladie d'Alzheimer me laissent penser qu'un plan d'actions spécifique est nécessaire. En outre, pour insuffler de la cohérence dans l'offre de prise en charge, il paraît nécessaire de redonner de la cohérence à l'organisation interne de l'établissement : la mise en œuvre d'une redistribution des espaces paraît en ce sens indispensable.

3.1.1 Bâtir un projet d'établissement pour redonner du sens à l'action.

À mon sens, le projet d'établissement, « document stratégique et prospectif », est le support nécessaire pour définir le cadre des actions à mener. C'est grâce à ce document que l'offre de service, dans sa globalité, retrouve sa cohérence pour le personnel, les usagers et les familles.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 fournit une nouvelle définition de ce projet d'établissement⁵¹. Celui-ci doit impérativement préciser les objectifs en termes de coordination, de coopération, d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement, souhaitées par l'établissement. Le projet d'établissement est donc un document fondateur permettant de définir des priorités et des objectifs réalistes, notamment sur le plan architectural, des soins, de l'animation. C'est le support nécessaire pour réintroduire de la cohérence et du sens dans l'action au quotidien. Plus encore, il permet d'inscrire dans la durée les projets, les valeurs, les actions que mène l'établissement.

Le travail d'élaboration de ce projet d'établissement doit permettre notamment de déterminer le public accueilli pour chaque modalité de prise en charge : sur l'EHPAD « les Marronniers », il s'agit de l'hébergement complet, l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, l'unité Alzheimer et le SSIAD. Ce travail doit en outre servir à déterminer les objectifs et principes de prise en charge qui seront de toute évidence intégrés dans le projet de soins. Bien évidemment, ce travail suppose une réflexion approfondie, pilotée par le Directeur et à laquelle le personnel doit être associé. Cette réalisation conjointe est absolument nécessaire, d'une part, parce que l'apport de la qualification, la compétence, l'expérience des différents personnels est une condition essentielle pour réaliser un document final de qualité et, d'autre part, parce que l'adhésion du personnel est indispensable pour que la mise en œuvre, au quotidien, des actions définies dans le projet d'établissement s'effectuent dans de bonnes conditions. Dans le même ordre d'idée, il est nécessaire de trouver les modalités de participation des usagers et de leur famille dans la réalisation de ce document puisque le projet d'établissement est soumis à l'avis du Conseil de la Vie Sociale⁵².

Dans la mesure où ce projet d'établissement n'existe pas sur l'EHPAD « les Marronniers », il me paraît nécessaire de saisir l'opportunité du renouvellement de la convention tripartite en 2010 pour engager sans plus attendre l'établissement dans cette démarche. De toute évidence, le démarrage de ce travail de longue haleine pourrait démarrer dès la fin de l'année 2008.

⁵¹ Art. L. 311-8 du Code de l'action Sociale et des Familles. « Pour chaque établissement (...) social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement (...), qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. » Précédemment, le projet d'établissement s'appelait projet institutionnel.

⁵² Idem. « (...) Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une forme de participation. »

Une déclinaison du projet d'établissement en quatre projets de service me paraît opportune. Les différentes formules de prise en charge – hébergement « classique », unité Alzheimer, accueil de jour, SSIAD – bénéficieraient ainsi d'une déclinaison du projet d'établissement fixant les objectifs et modalités d'accompagnement. Une démarche a été initiée en ce sens dans l'unité Alzheimer. Un cabinet de consultant est ainsi intervenu, des groupes de travail se sont constitués, guidés par un comité de pilotage avec à sa tête le Directeur de l'établissement. C'est là une des conditions de la réussite d'un tel projet. Car l'ambition des personnels de l'unité doit être accompagnée par celle du Directeur, garant de la crédibilité des travaux qui seront produits.

Ces projets doivent notamment prendre en considération les enjeux sociaux, parmi lesquels figure le maintien de la vie sociale des usagers, qui me paraît essentiel. En effet, la perte d'autonomie, la diminution des fonctions cognitives produisent des effets d'une dureté invraisemblable pour les personnes qui les subissent en termes de socialisation.

L'institutionnalisation, parce qu'elle provoque un phénomène de ghettoïsation, doit permettre le maintien de la cohésion sociale, car l'absence de participation à toute activité productive et l'isolement relationnel créent de la vulnérabilité sociale et *in fine* produisent une forme de désaffiliation. « Il y a risque de désaffiliation lorsque l'ensemble des relations de proximité qu'entretient un individu sur la base de son inscription territoriale, qui est aussi son inscription familiale et sociale, se trouve en défaut pour reproduire son existence et pour assurer sa protection »⁵³.

Il s'agit là d'un enjeu majeur, dans la mesure où les personnes âgées expriment par ailleurs une demande en la matière. Le maintien d'une vie sociale, le maintien d'une participation à la vie de la cité constitue un élément important du projet de vie.

3.1.2 Renouveler les modalités de prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur la ville de Levallois-Perret mérite une attention particulière. En la matière, il me paraît nécessaire de redéfinir la stratégie d'ensemble de l'établissement, pour davantage répondre aux besoins des

⁵³ Le concept de désaffiliation a été développé par CASTEL R. dans *Les métamorphoses de la question sociale* (1995). La phrase est extraite de l'ouvrage en page 52. L'auteur affirme également que « l'absence de participation à toute activité productive et l'isolement relationnel conjuguent leurs effets négatifs pour produire l'exclusion, ou plutôt, comme je vais essayer de le montrer, la désaffiliation ».

malades et des aidants. Dans cette optique, il convient tout d'abord de s'appuyer sur les services existants pour permettre la mise en place d'une offre redéfinie selon une logique de trajectoire de soins. Ensuite, il me paraît essentiel de redéfinir les stratégies thérapeutiques, de maintien à domicile et de soutien des aidants. La réussite de la mise en œuvre de cette nouvelle modalité organisationnelle réside dans la capacité des personnels à s'approprier ce projet de réorganisation.

- A) Une nouvelle articulation entre les différents services pour créer une trajectoire de soins.

Au cours du mois d'avril 2008, l'accueil de jour, précédemment situé dans des locaux loués et visiblement inadaptés, a déménagé dans un local attenant à l'EHPAD « les Marronniers ». Ce nouvel espace a été spécialement aménagé pour la maladie d'Alzheimer et le handicap physique. Il s'agit là d'une occasion unique de concevoir une nouvelle articulation des différents services. La proximité géographique de l'accueil de jour avec le SSIAD et l'unité Alzheimer offre, en effet, une réelle opportunité : celle d'un travail plus approfondi de collaboration entre les différents intervenants qu'ils soient professionnels ou aidants familiaux. La mise en œuvre d'un travail de coopération entre les différents services qui concourent aujourd'hui à la prise en charge des malades d'Alzheimer sur Levallois-Perret permet d'envisager son inscription dans une dynamique de trajectoire de soins.

Il s'agit en réalité de créer les conditions de la mise en place d'une organisation graduée de l'offre de services pour les malades Alzheimer, de sorte qu'à chaque stade de l'évolution de la maladie corresponde une réponse adaptée. L'objectif est donc de définir les modalités d'une démarche de prise en charge globale et cohérente. Par simplification, il est possible de scinder la prise en charge des malades en deux phases distinctes : la première est celle du maintien à domicile et de l'aide aux aidants, la seconde consiste en la prise en charge des malades dans le cadre d'une unité dédiée. La transition entre ces deux phases est cruciale, car le passage du domicile à l'institution peut s'avérer brutal.

Pour définir clairement les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce dispositif, il conviendrait de décliner chaque facette du projet d'établissement⁵⁴ selon les spécificités de chaque service et l'orientation que les professionnels souhaitent donner aux soins. Ce dernier point me paraît essentiel, dans la mesure où la qualité des actions

⁵⁴ Comme précisé plus haut, le projet d'établissement n'existe pas pour l'heure. Aussi, d'un point de vue chronologique, il paraît nécessaire de s'attacher dans un premier temps à son élaboration.

menées est, à mon sens, conditionnée par la cohérence générale des stratégies thérapeutiques. Il s'agit en outre de précisément définir les objectifs des différents services, leur objet, leur vocation et d'indiquer dans quelle mesure ceux-ci répondent effectivement aux besoins de la population Levalloisienne en matière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, si chaque service doit conserver sa spécificité, il me paraît important, pour que la cohérence générale du dispositif soit conservée, que l'élaboration des différents projets de services s'effectue dans le cadre d'une démarche conjointe entre l'accueil de jour, le SSIAD et l'unité Alzheimer. Ceci me semble tout à fait envisageable dans la mesure où certains personnels partagent d'ores et déjà leur temps dans deux voire trois de ces services. C'est, par exemple, le cas du médecin coordonnateur qui intervient dans les trois structures, ou encore de l'ergothérapeute qui partage son temps entre l'accueil de jour et le SSIAD.

L'élaboration des différents projets de service va nécessiter, à mon sens, la détermination des stratégies thérapeutiques et de prise en charge qu'il convient de mettre en œuvre.

B) La définition des stratégies de prise en charge de la maladie.

Dans le cadre de la mise en place d'un dispositif de trajectoire de soins, une juste répartition des rôles doit s'effectuer entre les différents services : l'accueil de jour et le SSIAD concourent ainsi au maintien de la personne malade à domicile, mais également à l'aide aux aidants, l'unité Alzheimer offre, quant à elle, une solution de prise en charge en hébergement complet.

Faire de l'accueil de jour, un accueil de jour thérapeutique.

L'accueil de jour doit non seulement permettre le maintien des personnes âgées à leur domicile mais également permettre le répit des aidants. Il me semble important de rappeler pareillement que l'accueil de jour doit intervenir en relais et non pas se substituer aux aidants. Dans cette optique, la mise en place de méthodes, de stratégies thérapeutiques est une condition essentielle, en ce qu'elles permettent de freiner le développement de la maladie et ses manifestations les plus incapacitantes dans le quotidien. L'enjeu pour l'EHPAD « les Marronniers » est donc de faire de l'accueil de jour un véritable accueil *thérapeutique* de jour.

Le simple changement de dénomination de l'accueil de jour en accueil *thérapeutique* de jour permet d'adresser un message fort quant à l'intérêt pour les aidants de solliciter « l'Oasis ». Mais plus encore, c'est l'affirmation d'un changement de cap dans la manière d'appréhender la maladie. Un accueil de jour ne doit pas être conçu comme une simple garderie pour personnes âgées, mais plutôt comme un lieu de prise en charge thérapeutique. C'est la stratégie qui a notamment été mise en place au niveau de l'accueil de jour de la Maisons de Retraite « Les Résidences MAREVA ».

Le développement d'activité visant à retarder et/ou à stabiliser l'évolution de la maladie et la grabatisation est donc primordial. C'est la condition d'un maintien de l'autonomie indispensable pour envisager le maintien à domicile, qui ne peut se concevoir que dans le cadre d'un travail conjoint avec le SSIAD.

Le SSIAD associé à l'accueil de jour dans le cadre d'une démarche d'aide aux aidants

Pour ce qui concerne plus particulièrement la problématique du maintien à domicile et de l'aide aux aidants, il me semble que la mise en œuvre d'une articulation efficace entre l'accueil de jour et le SSIAD doit être opérée. Ceci me paraît d'autant plus important que ces deux services symbolisent la continuité entre la ville et l'institution. Le rôle du SSIAD ne doit donc pas être négligé. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ne saurait se satisfaire d'une réponse univoque.

Mais plus encore, les aidants sont un maillon essentiel dans la chaîne de la prise en charge, particulièrement pour ce qui concerne la maladie d'Alzheimer. Ce sont les porteurs des projets de vie individualisés à domicile. Il est donc un véritable enjeu que de permettre à ces aidants familiaux d'effectuer leurs tâches dans de bonnes conditions, avec un accompagnement, qui me paraît capital.

En effet, la maladie d'Alzheimer envahie la vie des aidants. Le risque d'effondrement psychologique est prégnant. La morbidité des aidants est d'ailleurs plus élevée que chez des personnes du même âge non aidants : des états dépressifs, des problèmes cardio-vasculaires ou nutritionnels sont très généralement observés⁵⁵. « Trop souvent, les aidants familiaux ont encore l'impression d'être laissés seuls face à leurs difficultés, malgré les progrès accomplis dans l'accompagnement et l'augmentation du

⁵⁵ Voir les conclusions de l'enquête diligentée par le Dr Aquino J-P, et Fontaine D., pour le compte de la Fondation Médéric Alzheimer, dans « L'état de santé des aidants familiaux », *La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*.

nombre de structures de répit.⁵⁶ » Il est donc essentiel d'apporter un soutien véritable aux aidants.

La mise en œuvre d'un véritable accompagnement des aidants nécessite principalement deux types d'actions :

- l'accompagnement dans la prise en charge : il s'agit par exemple de délivrer des formations, de diffuser des informations sur les bonnes pratiques, de fournir des conseils sur l'adaptation du logement, etc. ;
- le soutien des aidants : on peut, dans ce cadre, envisager la mise en place d'ateliers de soutien pour les aidants, animé par un psychologue, ou bien la mise en place de groupes de parole.

La réorientation de l'unité Alzheimer.

La place de l'unité Alzheimer, dans ce type de dispositif, doit être celle d'un service d'aval. En effet, l'unité est un rouage essentiel dans cette mécanique de trajectoire de soins. Elle intervient en dernier lieu, lorsque le maintien à domicile se révèle impossible. L'unité Alzheimer remplace donc les aidants familiaux.

En fait, le profil des malades intégrant cette unité doit être redéfini afin de déterminer dans quelle mesure le maintien dans l'unité fait sens ou non. Les résidents se situant à un stade précoce de la maladie peuvent effectivement bénéficier des stimulations, des stratégies visant à retarder l'évolution de la maladie. Pour l'heure, le médecin coordonnateur estime que le groupe de résidents de l'unité Alzheimer de l'établissement crée « une dynamique de l'échec ». Ainsi, il n'est pas dit que les résidents tirent pleinement avantage à rester dans l'unité, dès lors que la dégradation de leur état est telle qu'un maintien place le résident, mais également le personnel, dans une situation d'échec. Il faut pouvoir envisager de changer les résidents d'unité s'ils ne répondent plus aux critères définis pour ce type de prise en charge. Aussi, la réflexion sur le parcours interne du résident a-t-elle son importance.

⁵⁶ Plan Alzheimer 2008-2012, p 13.

C) Les clefs de la réussite

La mise en place de ce type d'organisation nécessite bien évidemment la collaboration de l'ensemble des personnels intervenants dans ces services, mais également l'association des résidents et de leur famille. En effet, ce changement majeur dans les modalités organisationnelles de prise en charge pourrait échouer si les bénéficiaires, d'une part, et le personnel, d'autre part, n'y adhéraient pas. La participation des usagers et du personnel est d'autant plus importante que le règlement de fonctionnement⁵⁷ devra intégrer ces évolutions. Rappelons, en effet, que le règlement de fonctionnement est établi après que les instances représentatives du personnel et le Conseil de la vie sociale aient été consultés. Le cas échéant, une autre forme de participation des usagers peut également être mise en œuvre⁵⁸. Le contrat de séjour⁵⁹ devra quant à lui faire figurer un article spécifique sur l'éventualité d'un changement de formule de prise en charge, en fonction de l'évolution de l'état de santé du résident.

Le caractère complexe de la maladie me conduit, par ailleurs, à penser que l'unité Alzheimer doit être pensée comme une unité d'excellence, nécessitant une politique de recrutement et de formation en conséquence. L'attractivité de cette unité doit, pour ce faire, être restaurée. Plus encore, elle doit permettre d'intéresser en priorité le personnel le plus qualifié. L'intégration dans cette équipe ne doit pas être une solution par défaut, mais faire l'objet d'une véritable demande des personnels⁶⁰.

La définition d'une stratégie doit donc être réalisée. Le processus de recrutement et la définition d'un volet spécifique du plan de formation doit tout particulièrement faire l'objet d'une démarche d'élaboration conjointe entre le responsable des ressources humaines de l'établissement, le cadre de santé et le médecin coordonnateur. Bien évidemment, ce plan de formation doit être élaboré dans une perspective pluriannuelle.

⁵⁷ Voir le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 et notamment son article 1^{er} qui dit que « Le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du Conseil de la vie sociale (...). »

⁵⁸ Art. L 311-7 du CASF.

⁵⁹ Voir la lettre circulaire du 11 mars 1986 relative à la mise en place des conseils d'établissement. Celle-ci fournit un modèle de contrat de séjour.

⁶⁰ Sur cette question, la responsable des ressources humaines de l'établissement indiquait que « l'unité Alzheimer des Marronniers peut devenir un service phare : mais il va falloir y mettre des moyens pour éviter le turnover, le manque de personnel et permettre l'accès à des formations spécifiques ».

Il doit être destiné non seulement aux personnels de l'unité Alzheimer, mais également aux personnels de l'Accueil de Jour et du SSIAD. Il doit assurément permettre d'élever le niveau de compétence de ces personnels, mais également permettre d'éviter les situations d'échec. Dans cette même perspective, la mise en place de groupes d'analyse des pratiques⁶¹ peut se révéler très utile. Ce type de groupe est davantage qu'un simple groupe de parole, il s'agit d'un espace d'échanges d'informations, sur les pratiques professionnelles notamment, d'analyse des situations particulières, d'évaluation des actions menées etc. La qualité des personnels intervenants dans l'unité est à ce prix.

Pour ce qui concerne plus particulièrement le personnel affecté à l'accueil de jour, un renforcement de l'effectif pourrait s'avérer nécessaire. En effet, l'annexe III de la circulaire du 16 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, effectue des recommandations sur les moyens en personnel à mettre en œuvre pour un accueil de jour. Il est notamment question de personnels intervenant de façon constante, à temps plein ou à temps partiel : infirmier, psychologue, aide médico-psychologique⁶². Cependant, le personnel de l'accueil de jour « l'Oasis » est, à l'heure actuelle, le suivant : un ergothérapeute et deux aides-soignants (1,98 ETP), un médecin (0,1 ETP), un chauffeur (0,57 ETP). Une mise en adéquation pourrait donc être envisagée pour permettre l'évolution vers un accueil *thérapeutique* de jour.

Enfin, la réalisation d'une étude prospective sur l'adaptation architecturale de l'unité Alzheimer est également un enjeu crucial. Ce travail entre dans le cadre d'une réflexion plus globale sur la redistribution des différents espaces de prise en charge.

3.1.3 La nécessaire redistribution des espaces.

L'inadaptation des locaux de l'unité Alzheimer est à l'origine d'un questionnement sur une éventuelle redistribution des espaces. En réalité, l'actuelle unité Alzheimer se

⁶¹ Il s'agit là d'une demande formulée par le personnel de l'unité dans le cadre de la démarche d'élaboration du projet de service de l'unité. La mise en œuvre de ces réunions s'est concrétisée. Elles se tiennent mensuellement sous l'égide d'un psychologue.

⁶² La circulaire du 16 avril 2002 précise qu'un accueil de jour « doit disposer de personnel qualifié et compétent dans l'accompagnement et les soins à prodiguer aux personnes atteintes de démence. En outre, ces professionnels doivent s'adapter aux différentes situations individuelles, tant celles liées à l'évolution de l'état d'une personne, qu'aux modifications fréquentes de la constitution du groupe accueilli. » Pour fonctionner, l'accueil de jour doit également disposer « de personnels intervenant selon le projet et les besoins des personnes accueillies » : psychomotricien, orthophoniste, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, aide soignant. Ceux-ci interviennent plus généralement à temps partiel.

situant dans un bâtiment classé il est difficile de concevoir d'importants travaux de mise en adéquation du bâtiment à la typologie des personnes prises en charge.

Pourtant, un environnement étudié est indispensable pour être pleinement adapté à cette population de malades aux comportements déambulateur, fugueur, perturbateur et même parfois agressif. Par ailleurs, la présence de chambre double dans l'unité Alzheimer de l'EHPAD « les Marronniers » demeure problématique, dans la mesure où la cohabitation s'avère très généralement difficile. Des situations de tension, de conflit, de rejet, émergent nécessairement. Une visite de la maison de retraite « Parc er Vor » de la maison de retraite « les résidences MAREVA » m'a fourni quelques pistes de réflexion intéressantes sur la conception d'un projet architectural pour ce type d'unité. Ainsi, j'ai pu constater que l'unité Alzheimer avait été conçue de telle sorte que l'architecture est mise « au service du projet de vie »⁶³. L'organisation spatiale a été établie pour que couleurs, volumes et sources de lumières soient stimulants. Les circuits, les installations sont adaptés aux handicaps (notamment l'orientation, la marche, les troubles auditifs, visuels etc.).

Néanmoins, comme indiquer précédemment, le secteur dit « des ailes »⁶⁴ se trouve dans un bâtiment classé. Il paraît de ce fait compliqué d'envisager la réalisation de travaux de mise aux normes, de modernisation et d'adaptation pourtant nécessaires. C'est la raison pour laquelle, on peut envisager une répartition différente des résidents.

Les enjeux d'une redistribution des espaces sont de trois ordres. Premièrement, il s'agit d'optimiser les espaces dans un contexte urbanistique et architectural complexe. Deuxièmement, il s'agit de pouvoir disposer d'une plus grande ouverture sur la ville, qui soit davantage qu'une ouverture symbolique, une ouverture physique⁶⁵. L'ouverture sur la ville est un point auquel, je suis personnellement très attaché parce qu'elle me paraît être une stratégie essentielle pour le maintien du lien social des personnes âgées. Troisièmement, il s'agit de concevoir un parcours interne de vie pour les résidents.

Une concentration différente est, en effet, envisageable avec la mise en place d'accueils spécifiques, une sectorisation en fonction des profils de résidents.

⁶³ *Le développement de formules alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes : un nécessaire défi*, p 50

⁶⁴ Terme employé par le personnel pour désigner l'unité Alzheimer.

⁶⁵ Par ouverture *symbolique*, j'entends désigner l'ensemble des activités faisant intervenir des gens de l'extérieur au sein de l'établissement. A contrario, l'ouverture physique désigne une porte. En l'occurrence, celle du jardin donnant sur la rue des Marronniers, laquelle est actuellement fermée.

Il est vrai que certains résidents souffrent de la confrontation avec ce qu'ils redoutent le plus : la maladie, le handicap notamment. En d'autres termes, « la mixité a ses limites »⁶⁶. Faire primer la sectorisation sur la mixité, c'est aussi et surtout privilégier l'homogénéité des groupes par rapport à la diversité. Cette homogénéité présente à mon sens l'intérêt de faciliter la mise en place d'un accompagnement thérapeutique.

Le secteur des ailes pourrait cependant devenir une unité pour des résidents plutôt valides, ayant par la suite accès au jardin, actuellement inutilisé du fait de son inadaptation pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Cette ouverture sur le jardin se doublerait d'une ouverture sur la ville puisque le jardin donne sur une rue piétonne, laquelle donne, de l'avis même des Levalloisiens, sur l'un des plus beaux parcs de la ville : le parc de la Planchette.

Il convient de souligner qu'un projet d'extension de l'établissement offre une occasion nouvelle de réfléchir à une redistribution des espaces.

3.2 Un projet d'extension pour combler les déficits en lits et places.

Le Conseil d'Administration, par une délibération datée du 18 octobre 2006, a autorisé le principe d'une étude sur les possibilités d'une extension de l'EHPAD « les Marronniers » de Levallois-Perret. Il est en effet question d'une augmentation de places de l'ordre de 60 lits, ce qui porterait la capacité de la structure à 180 lits contre 120 actuellement. Il s'agit de permettre de combler les déficits en lits et places du point de vue de l'hébergement complet, d'une part, et de l'hébergement temporaire, d'autre part.

3.2.1 Augmenter le potentiel en hébergement complet sur la ville de Levallois-Perret.

La question d'une augmentation de capacité de l'offre en hébergement complet se pose avec une acuité toute particulière tant il est vrai que le département des Hauts-de-Seine se distingue avec un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale. L'analyse des données démographiques et épidémiologiques du territoire de santé 92-3 permet d'affirmer que la ville de Levallois-Perret se situe sur une aire géographique, que l'on peut considérer comme prioritaire en termes de créations de places d'hébergement

⁶⁶ Propos recueillis auprès du Médecin coordonnateur

complet en EHPAD. Le peu de projets sur ce territoire de santé incite pareillement à réfléchir sur l'éventualité d'un projet d'extension. Le risque est donc grand d'accroître avec le temps le déficit en terme de lits d'accueil en hébergement complet et de voir s'accroître les tensions entre une demande de service pour personnes âgées dépendantes grandissante et une offre stagnante.

La difficulté première réside dans le coût d'une telle opération. La seconde difficulté réside dans la capacité à disposer d'un espace suffisant pour faire sortir un bâtiment de terre dans un contexte urbanistique complexe. La ville de Levallois-Perret est une commune à forte densité et se trouve, en outre, en zone inondable ; elle est donc concernée par le Plan de Prévention du Risque Inondation de la Seine dans les Hauts-de-Seine.

Une étude d'opportunité réalisée sur l'établissement en 2007-2008 permet toutefois d'envisager une telle extension⁶⁷. Les premiers éléments de cette étude ont, en effet, fait ressortir la possibilité de construire un bâtiment de six étages, correspondant à la création de 60 lits supplémentaires, intégrant la reconstruction des logements de fonction. Le nouveau bâtiment pourrait être situé sur l'espace du 18, rue Antonin Raynaud. Ce projet suppose néanmoins la destruction du bâtiment de l'accueil de jour et des logements de fonction.

Il reste cependant quelques incertitudes sur la faisabilité d'un tel projet. Pour l'heure, le bâtiment est en effet détenu en copropriété par l'EHPAD « les Marronniers » et un particulier. Le projet nécessiterait donc une transaction avec un particulier, voire une expropriation pour réaliser les travaux et aménagements nécessaires.

Ainsi qu'indiqué dans le Plan Local d'Urbanisme, cet emplacement a été réservé par la commune pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'actuel propriétaire logeant au-dessus de l'Accueil de Jour ne peut donc envisager de vente de son bien qu'à la seule fin d'une utilisation pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

D'un point de vue strictement financier, il apparaît que le coût global de l'opération se situe aux alentours des 13,4 millions d'euros. Ce montant intègre le coût prévisionnel d'une expropriation, les charges foncières, la construction, les honoraires, le

⁶⁷ Étude d'opportunité réalisée dans le cadre de mon stage avec la collaboration d'un programmiste et d'un architecte.

matériel et le mobilier⁶⁸. Néanmoins, on peut d'ores et déjà affirmer que cette évaluation va nécessiter un travail plus approfondi, notamment parce que ne sont pas comptabilisés les travaux qui interviendront nécessairement pour que les deux bâtiments fonctionnent ensemble. La cuisine, la blanchisserie, les locaux et installations techniques tels que la chaufferie ou encore le générateur électrique de secours n'ont pas été dimensionnés pour permettre un fonctionnement à 180 lits.

Par ailleurs, une augmentation du nombre de lits, s'inscrivant en cela dans un projet architectural, implique nécessairement de repenser l'organisation de l'ensemble de l'établissement. Les implications sur la gestion quotidienne dans toutes ses dimensions – administrative, managériale, technique, logistique, financière, juridique, soignante, notamment – doivent donc faire l'objet d'un travail qui inévitablement s'inscrira dans le cadre d'une démarche projet.

Une présentation des premières conclusions de l'étude doit s'effectuer en octobre prochain devant le Conseil d'Administration qui décidera de la poursuite ou non des investigations.

3.2.2 Créer de nouvelles places dédiées à l'hébergement temporaire et au repos des aidants.

De toute évidence, la création de places d'hébergement temporaire doit être envisagée. Ainsi que le soulignait le schéma gérontologique des Hauts-de-Seine, le « taux d'équipement en hébergement temporaire est très inférieur aux taux régional et national. »⁶⁹ Le renforcement de cette modalité de prise en charge est d'ailleurs l'une des priorités du schéma.

Il convient, en outre, de réfléchir à l'éventualité d'une augmentation de capacité en termes d'hébergement temporaire pour deux raisons. Tout d'abord la brutalité dans le passage entre le domicile et l'institution appelle nécessairement à envisager des solutions d'intégration progressives, séquentielles. Il s'agit là d'un enjeu crucial, dans la mesure où une intégration réussie permet d'éviter l'accélération du processus de dégradation de la personne âgée, comme on peut le constater après une intégration forcée, mal vécue. Ensuite, la question d'une augmentation des capacités d'hébergement temporaire se pose du fait du besoin de répit des aidants, des familles. Rappelons que la vocation de

⁶⁸ Voir fiche d'estimation des coûts en annexe

⁶⁹ Plan gérontologique des Hauts-de-Seine, p 35

cette formule d'hébergement est néanmoins plus large, puisqu'elle « s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants départ en vacances de la famille, travaux dans le logement... Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive (...) »⁷⁰.

Les premiers échanges sur le sujet et l'analyse du besoin de la population de Levallois-Perret permettent d'imaginer la création d'un maximum de cinq lits supplémentaires en hébergement temporaire.

3.3 Inventer les solutions de demain.

Il n'est pas certain que les réponses actuellement mises en place permettent de pleinement satisfaire la demande grandissante en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Aussi, je reste persuadé que le principal enjeu réside dans la capacité des opérateurs à inventer de nouvelles solutions de prise en charge, à renouveler les modalités de fonctionnement des structures ou encore à créer de nouvelles formes de collaboration. Au cours de mon stage de professionnalisation, j'ai notamment eu l'occasion de creuser les questions suivantes : une habilitation partielle à l'aide sociale pour permettre la faisabilité d'un projet d'extension, le concept d'appartement relais, la mise en place d'une filière gériatrique.

3.3.1 Le concept d'appartement relais : un espace permettant de préparer le retour à domicile, ou bien le début d'une institutionnalisation.

L'établissement, de part sa taille, son ambition, la diversité de son offre de services, m'incite à penser que l'EHPAD « les Marronniers » doit être un élément moteur de la politique gérontologique et gériatrique sur Levallois-Perret. Dans cette optique, l'établissement s'intéresse grandement à toutes les solutions alternatives, innovantes pouvant permettre d'améliorer le quotidien des Levalloisiens âgés les plus fragiles. Les centres hospitaliers voisins s'inquiètent quant à eux de la sortie d'hospitalisation des personnes âgées vivant au domicile.

⁷⁰ Annexe IV de la circulaire n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Après avoir eu l'occasion d'échanger sur le sujet, l'EHPAD « les Marronniers » et l'Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours se sont accordés sur l'idée d'envisager une nouvelle formule de prise en charge, inspirée des appartements de coordination thérapeutique. Il s'agit d'un pan de prise en charge, pour l'heure, inexploité, à savoir l'aide au retour à domicile après hospitalisation. Voici une première définition inspirée des appartements de coordinations thérapeutiques qui permet d'aborder le concept :

« Les appartement relais/sécurisés sont des appartements fonctionnant sans interruption et hébergeant à titre temporaire des personnes âgées en situation de fragilité physiologique, psychologique ou sociale nécessitant des soins et un suivi médical ou paramédical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et soins de suite et à permettre un accompagnement dont la finalité est en priorité la réintégration du domicile, sans éluder l'éventualité d'une entrée en maison de retraite médicalisée. »

Il s'agit donc de concevoir une forme de prise en charge hybride, à la croisée des chemins entre un service de soins de suite et de réadaptation, une maison de convalescence et un logement traditionnel. L'appartement relais est destiné à un public particulier : les personnes âgées valides mais qu'un épisode aigu de maladie ou une hospitalisation empêche le maintien à domicile sans une étape de réadaptation.

En termes de positionnement, les appartements-relais se situeraient donc en aval des structures d'hospitalisation. Un système de conventionnement devrait donc être envisagé pour dessiner les contours du parcours de la personne âgée. Dans une logique de préparation au retour à domicile, on peut envisager une unité adossée au SSIAD, lequel pourrait par la suite prendre le relais au domicile de la personne, dès lors que celle-ci est apte à réintégrer son foyer.

Dans l'absolu, les appartements-relais doivent être pensés pour compenser la pénibilité du handicap, l'essentiel étant d'imaginer un logement qui allie sécurité et autonomie. Ils doivent, en outre, être ouverts sur la ville ce qui suppose sans doute un point d'entrée/sortie distinct de la maison de retraite. Dans cette optique, il convient de ne pas écarter l'idée d'une localisation aux côtés de logements traditionnels.

Le type de prestations envisageable doit être aussi complet que possible et permettre une mobilisation de celles-ci en fonction des capacités de la personne accueillie : repas, courses, entretien du logement, soins. Ceci pourrait être coordonné par

un(e) maître(sse) de maison dont le rôle précis reste à déterminer et surtout faire l'objet d'une fiche de poste⁷¹.

Il paraît essentiel de mener une réflexion approfondie sur les modalités d'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux. Le rôle du médecin chef du service hospitalier *adresseur* doit également être envisagé dans sa dimension de coordination, de suivi afin d'assurer une véritable continuité des soins. Dans la mesure où les appartements relais/sécurisés s'inscrivent dans une logique de continuité de la prise en charge, il est tout naturel de se référer aux Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) utilisés dans le secteur psychiatrique. Pour ces ACT, il convient de préciser qu'ils disposent d'une équipe pluridisciplinaire, laquelle comprend au moins un médecin (à temps partiel si nécessaire).

Très certainement qu'une étude plus poussée doit être menée sur les usagers potentiels, pour évaluer l'activité envisageable de ce type de formule et ainsi déterminer le nombre d'appartements nécessaires.

3.3.2 La question d'une habilitation partielle à l'aide sociale.

La solution d'un nouvel établissement non habilité ou tout du moins partiellement habilité à l'aide sociale peut, à première vue, constituer une piste de travail séduisante dans un contexte levalloisien de « demande solvable ».

Cette proposition trouve son intérêt du fait des probables difficultés de financement d'un projet d'extension. On peut en effet envisager que les usagers dits « payants » permettent de financer les lits habilités à l'aide sociale. Ce mécanisme suppose donc une tarification libre. Vraisemblablement, un questionnement juridique, financier mais également éthique s'impose dès lors. À mon sens, ce type de réflexion doit être conduite par le Directeur en associant, tout à la fois, les résidents et leur famille, le personnel, les membres des instances (Conseil d'Administration, Conseil de la Vie Sociale, notamment) et les tutelles. Car l'idée peut a priori paraître curieuse, elle peut effrayer et dès lors provoquer l'hostilité. Un travail de communication, de pédagogie peut donc s'avérer utile, à partir du moment où cette solution est envisagée.

⁷¹ Il conviendra dans cette optique de se référer au répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière.

L'ordonnance n° 2005-1477 de simplification du 1er décembre 2005⁷² fixe le cadre légale de cette modalité de fonctionnement. Ainsi son article 8 « vise à rendre possible la suppression de la tarification administrée des établissements accueillant un nombre minoritaire de bénéficiaires de l'aide sociale⁷³ ».

Néanmoins cette formule nécessite le respect de certaines conditions. L'article L. 342-3-1 du CASF précise ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées habilités au titre de l'aide sociale peuvent s'engager dans cette voie dès lors qu'ils en expriment la demande et après recueilli l'accord du président du Conseil Général compétent. Une convention d'aide sociale fixe le cadre de cet accord. En outre, il est indiqué que cette possibilité n'est offerte qu'à partir du moment où « l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à sa dernière capacité agréée sur les trois exercices précédant celui de la demande. » En l'occurrence, l'EHPAD « les Marronniers » a constaté sur les précédents exercices un taux de résidents bénéficiaires de l'aide sociale avoisinant les 30 %.

Il est donc possible d'envisager pour l'établissement un accord avec le conseil général pour établir une convention d'aide sociale. Celle-ci doit pour cela être conclue pour cinq ans, son contenu minimal est fixé par décret. Elle précise notamment :

- « Les conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées ; »
- « Le montant des différents tarifs afférents à l'hébergement pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale et la définition des prestations garanties auxquelles ces tarifs correspondent. »

À noter également que les « tarifs afférents à l'hébergement pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale sont revalorisés chaque année pendant toute la durée de la convention du pourcentage prévu à l'article L. 342-3. »

⁷² Ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

⁷³ JORF n°280 du 2 décembre 2005 page 18635, rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

Cette convention doit en outre permettre de garantir l'accès à l'établissement des bénéficiaires de l'aide sociale ainsi qu'un traitement équitable et non discriminatoire de ceux-ci. Car le risque d'une prise en charge à deux vitesses est grand : d'un côté les résidents « aide sociale » et de l'autre les « payants ». Cela me paraît être un point crucial pour l'EHPAD « les Marronniers », dont le souci premier, en tant qu'établissement public, doit être notamment de respecter les principes d'égalité et de neutralité⁷⁴.

Pour l'heure, il existe, sur le département des Hauts-de-Seine, des établissements privés associatifs qui sont passés d'une habilitation totale à une habilitation partielle, mais aucun établissement public n'a fait cette démarche. Dans ces cas précis, le Conseil Général a indiqué y être favorable, car il souhaitait éviter de gérer un déficit consécutif à des tarifs trop faibles. Pour la part de l'habilitation aide sociale, le tarif est fixé par le Conseil Général et pour la partie payante, le tarif est fixé contractuellement. Pour ce qui concerne la convention tri partite, celle-ci doit être négociée en tarif partiel. Néanmoins cela n'a aucune incidence sur le nombre de jour d'activité, ou encore le nombre de personnel en ETP, puisque la négociation porte sur l'activité dans sa totalité.

Pour les établissements privés commerciaux, il convient de souligner que certains sont également passés en habilitation partielle pour éviter que certains résidents ne se retrouvent dans l'obligation de devoir quitter leur hébergement. Du fait d'une vie plus longue, certaines personnes entrent en Maison de Retraite comme payants, mais épuisent leur capital et ne sont plus en mesure de payer. Ils basculent donc dans l'aide sociale.

3.3.3 La mise en place d'une filière gériatrique

La mise en œuvre de nouvelles modalités de prise en charge des personnes âgées n'est pas une fin en soi. Il n'en demeure pas moins que l'élargissement de la palette de services offerts permet de concevoir un parcours de vie, d'envisager une coordination des acteurs et en définitive d'aborder la question cruciale de la coopération.

⁷⁴ Égalité, neutralité, mais également continuité et mutabilité du service public, sont les principes énumérés, en droit administratif français, sous la dénomination de « lois de Rolland ». L'égalité signifie qu'à situation identique, les usagers doivent tous bénéficier des mêmes prestations. Le principe de neutralité est une composante de la laïcité de l'État.

L'existence d'un réseau gérontologique⁷⁵ sur la commune de Levallois-Perret est primordiale, car elle permet une première forme de coordination des acteurs. Jusqu'à présent, ce réseau a permis de bâtir un système associant un nombre important (17 structures) d'acteurs publics et privés, du champ sanitaire (ville et hôpital), social et médico-social. On peut considérer qu'il est un élément structurant, dans la mesure où cette mise en réseau permet de trouver des solutions de prise en charge aux situations les plus urgentes.

Néanmoins, il me paraît intéressant d'envisager la mise en place d'une filière gériatrique. Celle-ci ne peut prendre tout son sens que dans le cadre réglementaire, défini par la circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques. Celle-ci rappelle fort justement que l'objectif est d'assurer la « continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé »⁷⁶. Il s'agit, me semble-t-il, d'un enjeu de tout premier ordre pour la population âgée de Levallois-Perret. Le Dr VILLARD F., responsable du REGAL, rappelle ainsi que « classiquement, les études montrent que le facteur principal d'allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) est la nécessité d'organiser la prise en charge en aval de l'hospitalisation pour des patients présentant des dépendances motrices et/ou cognitives. ». Or, force est de constater que la DMS dans les établissements hospitaliers Levalloisiens représente le double de celle du territoire de santé 92-3 avec une moyenne de 9,27 jours contre 4,87.

Dans cette perspective, le service gériatrique de l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours de Levallois-Perret (HPS) a été sollicité, par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France, pour participer à un groupe de travail sur la mise en place de ce type de filière, dans le nord du territoire de santé 92-3. Il s'agit d'un projet qui intéresse vivement l'HPS, lequel a sollicité la participation de l'EHPAD « les Marronniers ».

Il me semble que l'établissement a tout intérêt à s'investir en tant que partenaire dans ce type d'organisation, qui doit notamment permettre de :

- faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique,

⁷⁵ Le Réseau Gérontologique À Levallois-Perret communément appelé REGAL. Il convient de préciser que la participation de l'établissement au REGAL est triple puisque les activités d'hébergement complet/temporaire, d'accueil de jour et du SSIAD sont regroupés sur l'EHPAD « les Marronniers ».

⁷⁶ Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007, p. 2.

- faire bénéficier les résidents de bilan de santé, notamment psycho gériatrique,
- éviter aux résidents, en cas de transfert à l'HPS, un passage aux urgences,
- garantir des hospitalisations personnalisées et ciblées
- favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations⁷⁷.

À noter que la mise en place d'une filière gériatrique nécessite l'élaboration d'une convention entre établissement de santé et EHPAD, dont l'annexe VI de la circulaire du 28 mars 2007 fournit un modèle.

⁷⁷ Voir l'annexe VI de la circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007.

Conclusion

La réalisation de ce travail d'investigation s'est révélée riche d'enseignements. La démarche d'enquête m'a notamment offert la possibilité d'entrevoir les intérêts et points de vue divergents des différents professionnels de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Mais plus encore, cela a été l'occasion pour moi d'aborder des aspects, du métier de Directeur, qui me paraissent essentiels. Il s'agit tout particulièrement de la définition d'un projet d'établissement, de la gestion des ressources humaines et de la gestion économique et financière. Ce travail m'a ainsi permis de me positionner autrement qu'en simple observateur, en véritable acteur. Le Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social doit en effet avoir une vision globale de son établissement et de ses perspectives d'évolution. Il doit être en mesure de définir les axes, les objectifs, les stratégies à mettre en œuvre et les modalités d'évaluation des actions menées. La réalisation du mémoire m'a donc permis de tirer des enseignements précieux, dans la perspective d'une future prise de poste.

L'analyse des données, des entretiens et des observations de terrain a montré qu'il n'y a pas une dépendance mais des situations de dépendance. Toutes ces situations méritent une attention particulière. Aussi, me semble-t-il important d'insister sur la nécessité de mettre en œuvre un ensemble coordonné d'actions en direction de ces populations âgées fragiles. Il me paraît, en effet, nécessaire de réintroduire de la cohérence dans la structuration de l'offre, de mettre en place une articulation efficace entre les différents opérateurs, services, formules. L'ouverture de nouveaux lits et de nouvelles places, en hébergement complet et en hébergement temporaire, répond pareillement à un besoin.

Je suis intimement convaincu que l'hébergement en institution n'est pas antinomique avec la prise en charge à domicile. Bien au contraire, les EHPAD peuvent être des promoteurs de la prise en charge à domicile, s'inscrivant en cela dans une logique de « trajectoire » de prise en charge. Mon propos s'applique également à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ; c'est d'ailleurs un point sur lequel j'ai souhaité insister dans ce mémoire. En effet, il m'est apparu nécessaire de donner la priorité à la prise en charge de cette pathologie qui demeure perfectible. Il s'agit d'un enjeu auquel les pouvoirs publics se montrent d'ailleurs particulièrement sensibles, comme en témoigne la présentation en début d'année du nouveau *Plan Alzheimer 2008-2012*.

Enfin, ce travail d'investigation, de réflexion et de proposition a permis, à mon sens, d'esquisser les contours d'une « maison de retraite de demain ». Il me paraît essentiel de préciser qu'il s'agit « d'une » et non pas « de la » maison de retraite de demain. Car la réponse pour renouveler l'offre de service n'est pas univoque. Elle s'inscrit nécessairement dans un contexte local (géographique, démographique, politique, historique etc.). Pour sûr que la créativité des professionnels, notamment les Directeurs d'établissement, est la qualité indispensable pour concevoir ces nouvelles utopies, qui seront peut-être « les vérités de demain⁷⁸ ».

⁷⁸ Pour Victor Hugo c'est une certitude : « L'utopie, c'est la vérité de demain. »

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal Officiel du 30 juin 1975. [visité le 5 novembre 2007], disponible sur le site Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal Officiel n° 2 du 3 janvier 2002. [visité le 5 novembre 2007], disponible sur le site Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales [en ligne]. Journal Officiel n° 190 du 17 août 2004. [visité le 5 novembre 2007], disponible sur le site Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal Officiel n°280 du 2 décembre 2005. [visité le 23 mai 2008], disponible sur le site Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal Officiel n°269 du 21 novembre 2003 [visité le 5 novembre 2007], disponible sur le site Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n°2007-661 du 30 avril 2007 portant modification de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'accueil de jour [en ligne]. Journal Officiel n°103 du 3 mai 2007. [visité le 23 mai 2008], disponible sur le site Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie

d'Alzheimer ou de maladies apparentées [en ligne]. Bulletin Officiel n° 2002-18. [visité le 5 novembre 2007], disponible sur le site Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE. Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [en ligne]. Bulletin Officiel n° 2007-6, annonce n° 138. [visité le 5 novembre 2007], disponible sur le site Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

Plans

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, 2006. *Plan Solidarité – Grand Âge*, 39 p.

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES AGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, 2007. *Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009*, 32 p.

PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE, 2008. *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*, 84 p.

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ÎLE-DE-FRANCE, 2006. *Schéma Régional de l'Hospitalisation de troisième génération 2006-2010*, 132 p.

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES D'ÎLE-DE-FRANCE, 2008. *Programme Interdépartemental d'Accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie 2008-2012*, 107 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DES HAUTS-DE-SEINE, 2005. *Plan Gériatrique des Hauts-de-Seine 2005-2010*, 120 p.

Rapports et études

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE, 2007. *Rapport annuel 2007 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie : construire un nouveau champ de protection sociale*. Paris : La Documentation française, 81 p.

CANNAC Y., 2004. *La qualité des services publics : rapport au Premier Ministre*. Paris : La Documentation française, 212 p.

CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE, 2006. *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Paris : La Documentation française, 416 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES, 2007. *Les grandes communes d'Île-de-France : une population en hausse depuis 1999*. INSEE Île-de-France faits et chiffres n°139, 3 p.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P. et VIGOUROUX P., 2006. *Un programme pour la gériatrie*. Paris : La Documentation française, 54 p.

GISSEROT H. et GRASS E., 2007. *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*. Paris : La Documentation française, 182 p.

LAROQUE M., 2004. *Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées*. Paris : La Documentation française, 40 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. *Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Journal Officiel n°280 du 2 décembre 2005, p 18635.

Pr MENARD J., 2007. *Pour le malade et ses proches. Chercher, soigner et prendre soin*. Paris : La Documentation française, 118 p.

OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ, 2005. *Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. Paris : La Documentation française, 256 p.

Sondages

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE ROUEN, 2006. *Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Partie 1 : Analyse de l'enquête menée auprès de 150 personnes*

âgées résidant à Rouen [en ligne]. Réalisé par le CLIC des Aînés et l'Observatoire des Données Sociales du CCAS de Rouen. [visité le 18 août 2008], disponible sur Internet : http://www.clic-rouen.fr/IMG/pdf/compte_rendu_enquete_PA_JUIN_27_aout_2007-2.pdf

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, 2007. *Les Français et le grand âge*, [en ligne]. Réalisé par TNS-SOFRES. [visité le 18 août 2008], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/actualite/article.php?id=44>

Ouvrages

BRAMI G., *Le nouveau projet d'établissement des EHPAD*, éditions Berger-Levrault, 284 p.

CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, éditions Gallimard, 490 p.

FEIL N., 1997, *Validation, mode d'emploi : techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*, éditions Pradel, 238 p.

GINESTE Y. et PELISSIER J., 2005, *Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, éditions Armand Colin, 319 p.

GUISSET-MARTINEZ M-J., MIGLIORE L. et VILLEZ M., 2006, *Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : nouvelle donne*, Guide Repères, 168 p.

Articles de périodiques

Dr MEYER-VITRY F., janvier 2008, « L'hôpital dans la ville – Analyse et offre de service d'un réseau gériatrique – 2^{ème} partie », *Repères en Gériatrie*, vol. 10, n° 77, pp. 28-33

FONDATION MÉDÉRIC ALZHEIMER, décembre 2006, « La santé des aidants familiaux », La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, n° 1, 4 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, décembre 1999, « L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité », *Médecin/Sciences*, vol.15, n°12, 4 p.

TOULLY V., CHICOYE A., CHAUVENET M., GRENÈCHE S. ET PIARD L., juin 2003, « Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ? » *Les enjeux du vieillissement*, collection Tableaux de bord santé, 268 p.

Thèses et mémoires

CHAPEY J-L. sous la direction de Le DANTEC E., 2004, *La désaffiliation sociale des personnes âgées*. Mémoire Master 1 Sciences humaines et sociologie : Université de Perpignan, 178 p.

LE GUILLANTON B., 2007, *Le développement de formules alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes : un nécessaire défi*. Mémoire ENSP de Directeur d'établissement sanitaire et social public, 64 p.

JAMMET P., 2006, *Diversifier l'offre de services pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*. Mémoire ENSP de Directeur d'établissement sanitaire et social public, 58 p.

Conférences et congrès

CAUSSE D., « La maison de retraite de demain » [en ligne], GÉRONT'EXPO, 27 mars 2003. [visité le 5 novembre 2007], disponible sur Internet :

<http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=491&p=12&r=37>

Sites Internet

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

<http://www.fng.fr/>

<http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/>

<http://www.francealzheimer.org/>

<http://www.insee.fr/>

<http://www.ors-idf.org/>

<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/Elements-de-diagnostic-sanitaire-2007.14577.0.html>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : liste des personnes interviewées

ANNEXE 2 : grille d'entretien

ANNEXE 3 : premiers éléments sur le projet d'extension
(Fiche architecte, estimation de coûts, simulation emprunt)

ANNEXE 4 : extraits du plan gérontologique des Hauts-de-Seine

ANNEXE 1 : liste des personnes interviewées

Sur l'EHPAD « les Marronniers »

Dominique RUSSO, Directeur de l'établissement

Aline DANSETTE, responsable des ressources humaines

Dr Anne-Sophie LEVANDOWSKY, médecin coordonnateur

Sylvie PORTAS, responsable du service animation – chargée de mission « analyse des pratiques »

Karine ROGER, responsable budget et achats

Hors EHPAD « les Marronniers »

Mmes CARPENTIER et MERCET, Service contrôle des établissements pour personnes âgées – Conseil Général des Hauts-de-Seine

Dr Dominique CHAMPETIER, chef du service médecine interne de l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours

Denis de KERMADEC, inspecteur de la DDASS des Hauts-de-Seine

Joseph-Bertrand LE RAY, Directeur des Maisons de Retraite de Vannes

Dr Florence VILLARD, médecin gériatre à l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours, responsable du REGAL

ANNEXE 2 : grille d'entretien

Dans le cadre de ma formation à l'EHESP, je réalise une étude ayant trait à l'évolution de l'offre de service pour personnes âgées dépendantes. Ainsi, cet entretien a pour principal intérêt de recenser le point de vue de professionnels de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il sera utilisé dans le cadre du mémoire professionnel de fin d'étude d'élève-directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

1. Quels sont les points forts et points faibles de l'EHPAD « les Marronniers » (ou de votre structure) ?
2. Quel regard portez-vous sur la qualité de la prise en charge des personnes âgées ?
3. Quelles sont les modalités ou formules de prise en charge de la dépendance qui méritent, selon vous, une attention spécifique ? Pourquoi ?
4. Quels sont, selon vous, les solutions à apporter pour améliorer la prise en charge des personnes âgées (sur la ville de Levallois-Perret ou sur votre commune) ?
5. A quelles conditions ces solutions pourraient-elles être mises en œuvre ?

ANNEXE 3 : premiers éléments sur le projet d'extension

Fiche architecte

Premiers éléments concernant la faisabilité d'un projet d'extension

Sous-sol	400+60+140 (sur la cour et sous-sol)	600 m ²
RDC		600 m ²
Etages 5	350 x 5	1 750 m ²
TOTAL SANS VARIANTE		2 950 m ²
(variante : bâtiment sur cour avec livraisons couvertes)	100 x 4	400 m ²
TOTAL AVEC VARIANTE		3 350 m² SHON

CONCLUSIONS

La construction de 60 à 80 chambres est, *a priori*, envisageable. Avec :

Sous-sol - emprise de la cour contre l'ancienne maison de retraite

RDC - emprise de la cour contre l'ancienne maison de retraite sans cour de livraison

1er étage - emprise de la cour contre l'ancienne maison de retraite sans cour livraison

2ème à 5ème étage - emprise de la cour contre l'ancienne maison de retraite et sur cour livraison

Estimation de coûts

20-févr-08

CRSM

Extension d'un ehpad - création de 60 lits

Estimation prévisionnelle

	Ehpad	Total HT	Total TTC
SURFACES			
hors œuvre	3 350 m ²		3 350 m ²
PRIX DE REVIENT			
Charge Foncière			
Terrain pm			
Frais de notaire			
taxe archéologie			
sondages	13 000	13 000	15 548
Appel d'offres -Publicité & reprographie	11 000	11 000	13 156
diagnostic	5 000	5 000	5 980
Branchements	12 000	12 000	14 352
Taxes Assainissement	23 000	23 000	27 508
eau	17 000	17 000	20 332
frais préliminaires	5 000	5 000	5 980
démolitions	200 000	200 000	239 200
dépollutions (après diagnostic - pm)			
Indemnités & frais concours	60 000	60 000	71 760
	346 000	346 000	413 816
Travaux			
Travaux TCE	6 700 000	6 700 000	8 013 200
places des stationnement			
VRD			
équipement de cuisine	140 000	140 000	167 440
	6 840 000	6 840 000	8 180 640
Aléas	205 000	205 000	245 180
valeur : févr-08	7 045 000	7 045 000	8 425 820
Honoraires			
Maitrise d'oeuvre	906 000	906 000	1 083 576
OPC	110 000	110 000	131 560
Coordinateur sécurité	25 000	25 000	29 900
Controle	42 000	42 000	50 232
Controle SSI	15 000	15 000	17 940
Assurances DO+TRC	134 000	134 000	134 000
Assistance maitrise d'ouvrage	280 000	280 000	334 880
Géometre	6 000	6 000	7 176
Imprévus	3 000	3 000	3 588
	1 521 000	1 521 000	1 792 852
Estimation prévisionnelle (hors révisions,mobilier)	8 912 000	8 912 000	10 632 488

Simulation emprunt

DEXIA

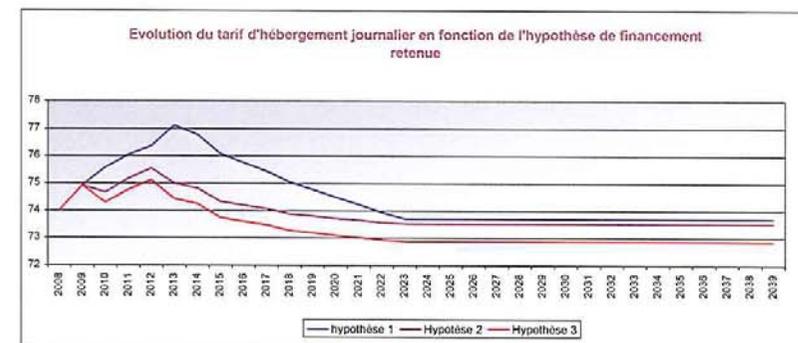
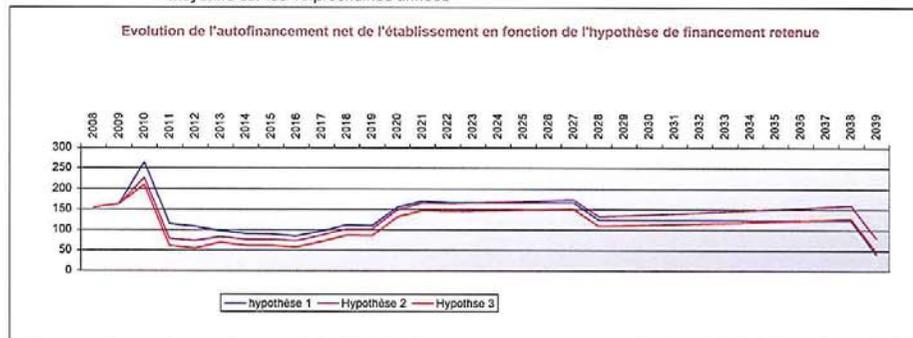
Synthèse de l'impact des trois hypothèses de financement sur le tarif d'hébergement

Casihope
LEVALLOIS PERRET

Récapitulatif des variables de chaque hypothèse

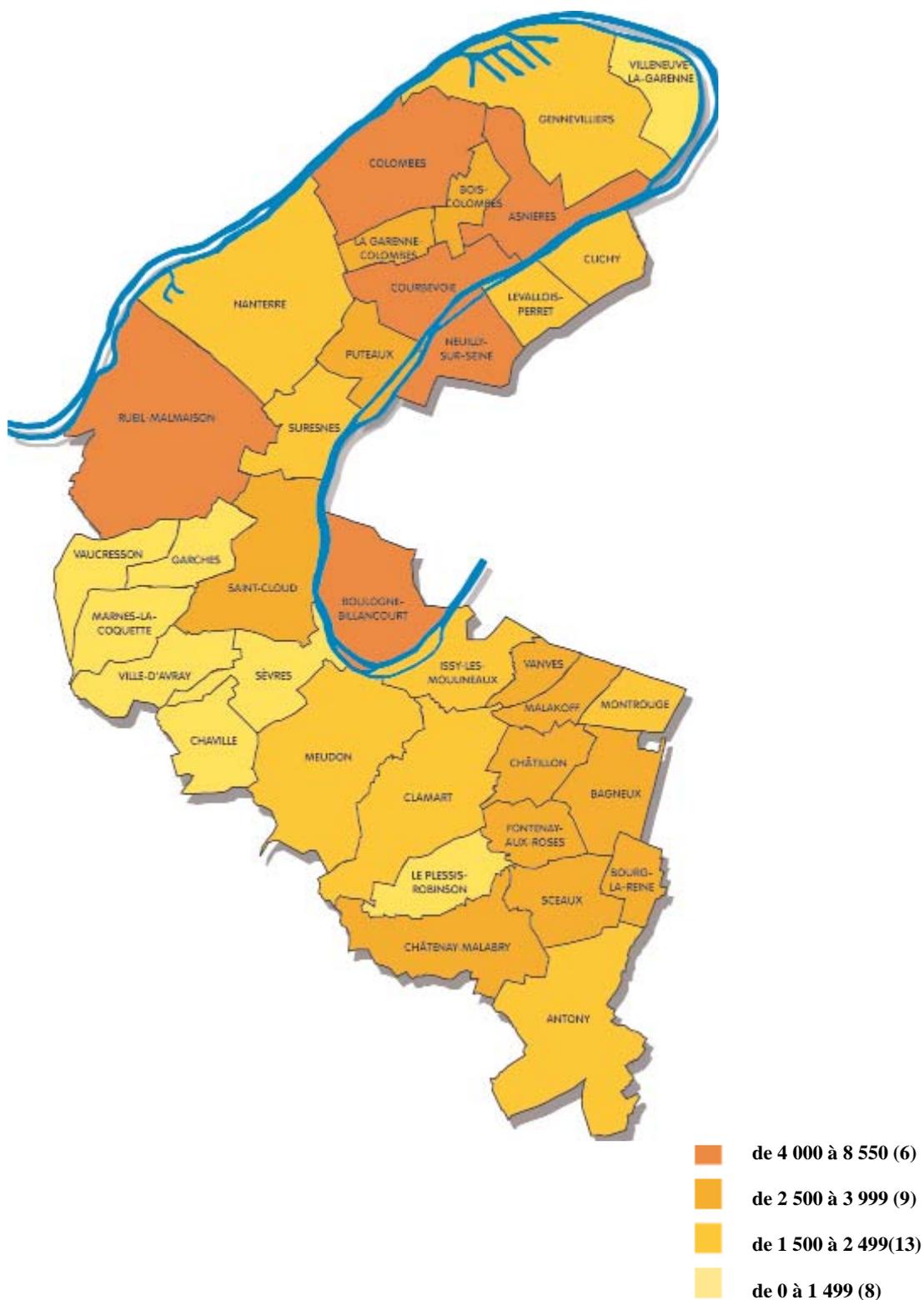
	Hypothèse 1	Hypothèse 2	Hypothèse 3
Amortissement des immobilisations	A la livraison des travaux	A la livraison des travaux	A la livraison des travaux
Durée moyenne	29,3 ans	29,3 ans	38,8 ans
Amortissement de l'investissement principal	Constant	Progressif	Progressif
Taux de progression		5,00%	5,50%
Amortissement des subventions	Voir détail	Voir détail	Voir détail
Emprunts	6 600 k€	6 600 k€	6 600 k€
Durée moyenne	30,0 ans	30,0 ans	40,0 ans
Amortissement de l'emprunt principal	Constant	Progressif	Progressif
Différé d'amortissement	non	non	non
Tarif d'hébergement actuel	74,00 €	74,00 €	74,00 €
Nouveau tarif d'hébergement	77,13 €	75,00 €	74,43 €
Hausse du tarif d'hébergement	4,23%	1,35%	0,58%
Impact du PPI sur le tarif d'hébergement	3,13 €	1,00 €	0,43 €
Hausse du reste à charge annuel par résident	1 143,80 €	363,46 €	157,94 €
Autofinancement annuel moyen (en k€)*	126	109	96

* Moyenne sur les 10 prochaines années

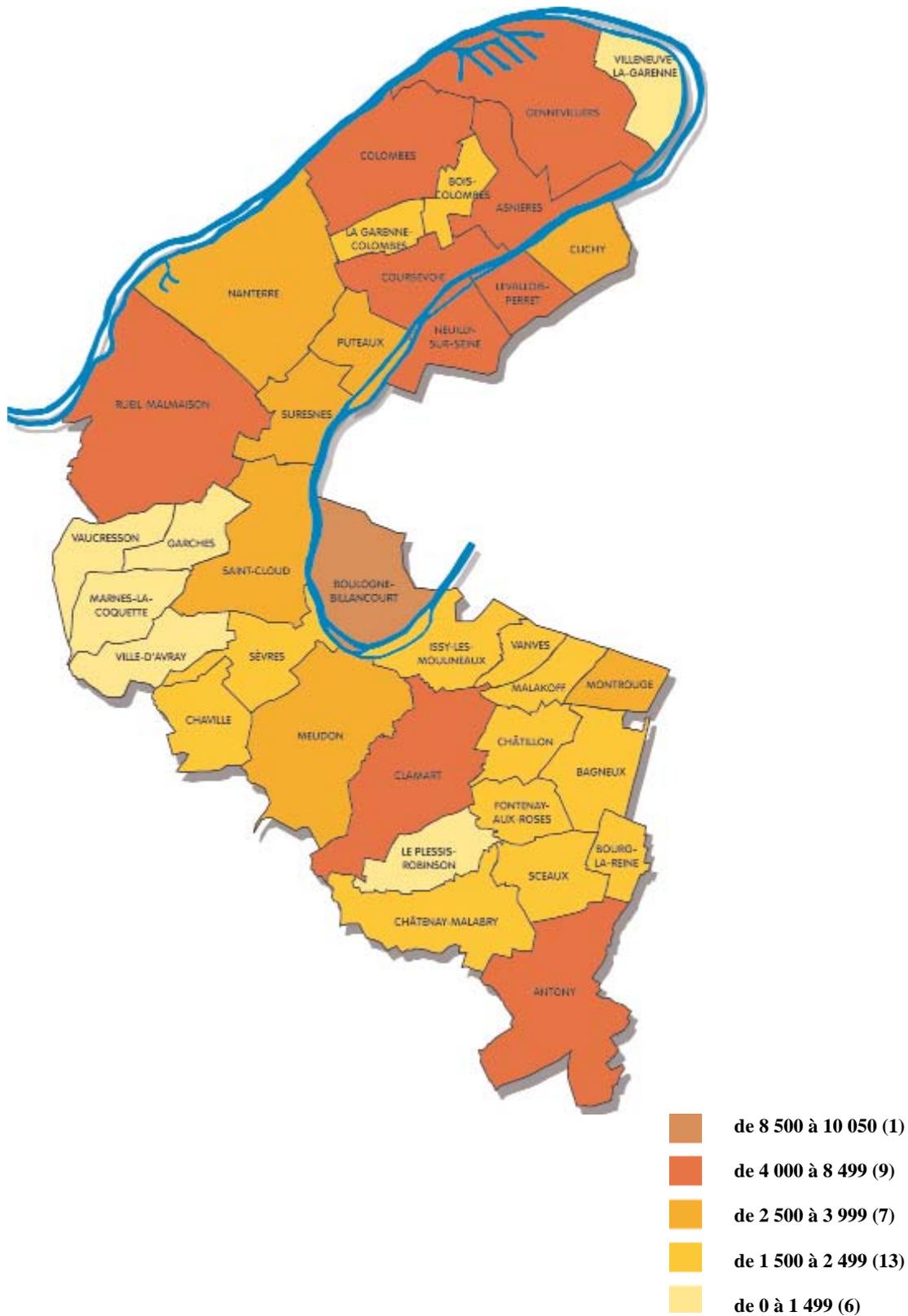


ANNEXE 4 : extraits du plan gérontologique des Hauts-de-Seine

RÉPARTITION DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS OU PLUS EN 1999



RÉPARTITION DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS OU PLUS EN 2010



Carte réalisée en appliquant le taux départemental d'évolution de la population âgée à l'horizon 2010, estimé selon la méthode Omphale, aux chiffres issus du recensement général de la population de 1999.

Au niveau des territoires de santé

Hébergement SSIAD

Besoins théoriques à l'horizon 2010

	Hébergement	SSIAD
> Population des 75 ans et plus à l'horizon 2010 estimée à l'aide de la méthode Omphale de l'INSEE		

. Territoire de santé 92.1 (ex BV 8)	38 259	38 259
. Territoire de santé 92.2 (ex BV 9)	31 770	31 770
. Territoire de santé 92.3 (ex BV 10)	48 157	48 157

> Taux d'équipement visé pour 2010

9.4 % 1,626 %

> Estimation du nombre de places nécessaires en 2010

. Territoire de santé 92.1 (ex BV 8)	3 596	621
. Territoire de santé 92.2 (ex BV 9)	2 986	514
. Territoire de santé 92.3 (ex BV 10)	4 527	783

> Nombre de places installées au 31/07/2004

. Territoire de santé 92.1 (ex BV 8)	3 269	522
. Territoire de santé 92.2 (ex BV 9)	2 134	339
. Territoire de santé 92.3 (ex BV 10)	2 996	578

> Nombre de places créées, en attente de financements

. Territoire de santé 92.1 (ex BV 8)	378	-
. Territoire de santé 92.2 (ex BV 9)	195	55
. Territoire de santé 92.3 (ex BV 10)	503	39

> Nombre de places en projet

(dossiers à passer au CROSMS avant fin 2004)

. Territoire de santé 92.1 (ex BV 8)	294	-
. Territoire de santé 92.2 (ex BV 9)	200	-
. Territoire de santé 92.3 (ex BV 10)	177	23

> Soit un nombre de places à créer à l'horizon 2010

. Territoire de santé 92.1 (ex BV 8)	-	100
. Territoire de santé 92.2 (ex BV 9)	336	123
. Territoire de santé 92.3 (ex BV 10)	627	143

Cette estimation des besoins révèle que certains territoires atteignent ou dépassent l'objectif de taux d'équipement retenu dans le schéma départemental. La création d'établissements et services devra se faire prioritairement sur les zones insuffisamment équipées.