

ALOIS

Association Limousine
d'Observation &
d'Information sur les Soins
Alzheimer et maladies
apparentées

Société de
Gérontologie &
Gériatrie
du Limousin

2^e journée régionale
d'informations mutuelles
Architecture & Alzheimer :
Les différentes facettes
d'un projet

Les minutes

Mercredi 19 juin 2002
Bibliothèque francophone
multimédia de Limoges

ARCHITECTURE & ALZHEIMER

Les différentes facettes d'un projet

ENJEUX CONCEPTS, RÉPONSES

- 9h15** Enjeux et concepts médicaux
Dr Maurice Pareaud
(président d'ALOIS Alzheimer et maladies apparentées)
- 9h30** Enjeux et concepts architecturaux
Mme Brigitte Chaline
(programmiste hospitalière, auteur en 2001
d'un manuel de conception architecturale
"Unités d'accueil Alzheimer")
M. Loïc Ballet
(consultant en gestion financière de projet)
- 11h30** Guide des procédures
et articulation des acteurs
M. Jean-Marc Piton
(chef du service des établissements,
Conseil général de Haute-Vienne)

DES CONCEPTS AUX RÉALISATIONS : illustrations nationales et régionales

- 14h** Création d'un établissement autonome
Atelier-débat, animé par :
Mme Brigitte Chaline
Dr Dominique Brun-Malauzat
(responsable établissement spécialisé Alzheimer)
■ "Le théâtre", Colmar – séquence vidéo
■ Exemple local : Bujaleuf – séquence vidéo
- 15h** Aménagement d'un existant
Atelier-débat, animé par :
Mme Brigitte Chaline
Dr Maurice Pareaud (responsable USLD Alzheimer)
■ Centre hospitalier de Vierzon :
"avant/après" – séquence vidéo
■ Exemple local : Limoges – séquence vidéo
- 16h** Cantou : autonome ou intégré
Atelier-débat, animé par :
Mme Martine Bonin (directrice maison de retraite)
Mme Aurély Bougnoteau (responsable cantou)
M. Jean-Marc Piton
■ Condat / Vienne – séquence vidéo
■ Limoges – séquence vidéo
- 16h30** Synthèse et conclusion
Mme Brigitte Chaline
- 17h** Annonce du lauréat
de la bourse d'étude ALOIS 2002

Introduction

Dr Maurice Pareaud (*Président de l'Association ALOIS Alzheimer et maladies apparentées*)

Maurice Pareaud, Président d'ALOIS Alzheimer, introduit cette journée d'échanges en remerciant la municipalité de Limoges et les différents partenaires qui en ont permis l'organisation : l'Institut de Gérontologie du Limousin, la Société de Gérontologie et Gériatrie du Limousin, Concept Santé. Des remerciements tout particuliers sont adressés aux Laboratoires Eisai, pour leur mécénat scientifique.

Cette journée est la 2^e journée annuelle de l'Association ALOIS; la première, en juin 2001, avait permis la rencontre de tous les intervenants, avec pour prolongement la constitution d'un annuaire des ressources en Limousin; sa réactualisation est prévue pour la fin d'année 2002. Cet annuaire fait l'objet de pages web, hébergées sur le site de l'Institut de Gérontologie du Limousin.

Des remerciements sont adressés à l'ensemble des intervenants. Une cassette vidéo « Architecture Alzheimer », réalisée par Jean-Marie Vetel avec le concours des laboratoires Eisai, ainsi que l'ouvrage de Brigitte Chaline « Unités d'accueil spécialisées Alzheimer », sont remis aux participants à cette journée.

ENJEUX, CONCEPTS, RÉPONSES

1. Enjeux et concepts médicaux

Dr Maurice Pareaud

L'objectif de cette journée est la recherche d'un équilibre consenti entre projet architectural, projet de soins, projet de vie...

L'entrée en institution ne doit pas être en rupture avec la vie à domicile, mais en continuité, préparée avec le sujet et sa famille.

Au plan réglementaire, le programme Alzheimer du gouvernement, prévoit d'améliorer la qualité des structures d'hébergement et de les renforcer. La volonté du législateur qui se profile est de prévoir l'accueil spécifique des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

Outre-Atlantique, 5 critères pour définir une unité Alzheimer ont été établis; ces critères sont actuellement reconnus de la communauté scientifique en France :

- environnement architectural adapté
- diagnostic de démence établi
- personnel formé, spécialisé, expérimenté, soutenu
- implication des familles
- projet spécifique de soins.

Peu d'études en France et en Europe valident l'intérêt de ces unités. Une synthèse des études réalisées outre-Atlantique et comparant unités spécialisées et non spécialisées, a été faite par l'équipe du Pr B. Vellas à Toulouse.

En 1996, aux USA, 3 476 établissements disposaient d'une SCU (Special Care Unit).

Parmi les principaux résultats, on note une réduction de l'usage des contentions tant physiques que chimiques, un ralentissement du déclin des affects positifs, une réduction de l'agitation.

Des études portant sur l'effet de la sélection d'une population de patients déments par rapport à une population « mixée », montre une plus grande participation des patients aux activités proposées dans les unités Alzheimer.

D'autres bénéfices sont rapportés : comme la satisfaction des familles, la stabilité du personnel, sa formation, et la satisfaction plus importante du personnel. Corrélativement, il n'existe pas de différence majeure de coûts entre unités spécialisées et non spécialisées, notamment en termes de coûts de fonctionnement.

2. Enjeux et concepts architecturaux

Mme Brigitte Chaline (*Programmiste hospitalière, auteur en 2001 d'un manuel de conception architecturale « Unités d'accueil Alzheimer »*)

Brigitte Chaline, programmiste hospitalière, réalise, en amont de la consultation des architectes, des études de faisabilité des programmes de construction, dans le cadre des concours. Cette fonction s'exerce tant pour la construction d'hôpitaux que pour celle de structures médico-sociales.

Historique de l'évolution globale de l'accueil des personnes âgées

Quelques dates clés :

- 1975** Stade de l'humanisation des hospices qui concernait 225 000 lits.
- 1977** Cette date marque la création du concept de CANTOU, unité dédiée à 12 résidents dépendants psychiques.
- 1980** Concours des centres de moyen et long séjours.
- 1986** Programme du Ministère, qui fixe précisément un programme sur la conception des MAPAD, identifiant la création d'une unité spécialisée pour désorientés de 15 lits. En pratique, peu de MAPAD ont créé ces unités.
- 1987** Concours des hôpitaux de l'AP-HP sur « Architecture du grand âge » ; ce concours qui a fait intervenir la consultation d'équipes pluridisciplinaires : sociologues, philosophes, architectes, a ouvert le débat sur l'accueil des personnes âgées en institution.
- 1989** Programme SEPIA interministériel.

2002 Programme pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés.

La réflexion sur l'accueil des personnes âgées est un concept récent.

À partir de 1975, l'enjeu de taille est l'humanisation des hôpitaux; les bâtiments sont souvent inadaptés; il s'agit principalement de la création de chambres à 2 lits, de lieux de vie.

En 1977, est créé par Caussanel, Directeur de foyer à Rueil, le premier « CANTOU » : coin du feu et acronyme qui signifie: Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles.

Toute la prise en charge est basée sur la réalisation en commun d'activités « utiles » : cuisine... C'est une unité dont l'architecture est spécifique, unité isolée, créée au centre ville, traversant sur 2 rues; les chambres sont distribuées autour du lieu de vie commun, ouvert. La surveillance y est aisée du fait de la compacité de l'unité.

Parallèlement, dans les établissements existants, l'humanisation des hospices se traduit par la création, sur le modèle des hôpitaux, de bâtiments comportant des couloirs souvent immenses, des chambres à 4 lits autour d'un cabinet de toilette commun, quelques chambres à 2 lits et à 1 lit.

Quelques années après, on assiste à la création d'unités avec des chambres distribuées autour de locaux communs, tirant l'expérience de l'échec du modèle précédent.

1986 – Les programmes types du Ministère intègrent la création d'unités de 15 lits dans chaque structure; 15 chambres de 20 m² par chambre, ce qui est ambitieux. Dans la réalité, peu d'unités de ce type ont été réalisées.

1987 – Le concours de l'AP-HP permet d'ouvrir la réflexion sur la spécificité de l'accueil de personnes âgées de profils très différents: dépendants psychiques, fin de vie...

Les architectes proposent des solutions diverses dont des « maisonnées », avec des chambres destinées à des personnes confinées au lit, chambres avec vue sur un espace central, permettant de participer à la vie de l'unité.

Parallèlement à ces projets, d'autres idées sont nées: grands forums autour desquels se trouvent des plots de 6 lits.

1989 – Programme SEPIA, Secteur Expérimental pour la Programmation Innovante de l'habitat des personnes Âgées.

Ces programmes visent les « semi-dépendants » qui ne correspondent pas, en réalité, aux populations accueillies dans ces structures, puisque ces personnes « valides », corrélativement avec le développement des aides, vivent à domicile.

En conclusion de ce bref historique, il n'y a actuellement pas de programme type, de modèle architectural unique. Les normes existent pour ce qui concerne les chambres, notamment en E.H.P.A.D. (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) (décret d'avril 1999), qui doit comprendre 90 à 95% de lits en chambre individuelle. Dans le cadre d'une restructuration, les chambres individuelles doivent être d'une superficie de 18 m² minimum, et de 35 m² pour les chambres doubles.

En France, toute liberté est offerte pour inventer les projets, dans un objectif de réponse adaptée au contexte environnemental, géographique, selon le profil des résidents, les moyens existants et en fonction d'un projet d'accueil et de vie.

Principes de conception architecturale

La problématique consiste à concilier sécurité et liberté; pour le patient, optimiser les ressources et les capacités restantes, tout en minimisant les risques.

Objectifs généraux

Répondre aux besoins spécifiques des utilisateurs :

1) patients ; 2) personnel ; 3) familles.

1) Pour les patients : éviter la dépersonnalisation liée au modèle hospitalier (longs couloirs de ces bâtiments semi-industrialisés : V 120, etc.) ; favoriser le repérage temporo-spatial, problème crucial pour les sujets déments ; permettre la déambulation et les activités en toute sécurité..., l'enjeu étant de réduire l'usage des contentions tant physique que clinique, prévenir la maltraitance.

2) Pour le personnel : optimiser la charge de travail, recentrer les tâches sur les soins directs aux patients, personnaliser les soins, valoriser le travail accompli.

3) Pour les familles : déculpabiliser, prévoir leur intégration au projet d'accueil et leur participation, quand elles le souhaitent, à la vie de l'établissement.

Typologie de la structure : que peut-on créer ?

Il existe des concepts très différents, en fonction des objectifs: accueil de jour, unité d'hébergement...

Accueil de jour

Il peut être créé en commun dans un secteur d'établissement, permettant d'accueillir le jour des personnes de différentes unités, qui présentent une dépendance psychique.

Ce projet peut être mis en œuvre de façon simple; il s'agit de créer un lieu de vie avec la trilogie: coin salle à manger,

cuisine et salon, et un jardin clos : espace extérieur sécurisé.

À ces structures, on peut y adjoindre un certain nombre de locaux en fonction des circonstances : vestiaire s'il s'agit de personnes venant de l'extérieur, sanitaires, locaux de service intégré ou à proximité immédiate.

Certaines structures sanitaires développent des projets de consultation d'évaluation et d'orientation ; une cuisine permet l'évaluation des capacités ; d'autres locaux sont ajoutés : bureaux polyvalents pour les consultations pluridisciplinaires, salles de réunion, atelier d'ergothérapie, poste de soins..., salle d'activités.

Le choix du concept est aussi fonction du projet et du type de consultation d'évaluation.

Unités d'hébergement et d'accueil

Le modèle le plus fréquent retrouvé est le modèle d'unité de 12 lits, conçue autour d'un lieu de vie : (salon, salle à manger), autour duquel sont distribuées les chambres.

Il existe plusieurs modèles architecturaux ; dans certains modèles, les chambres donnent directement sur le lieu de vie, facilitant ainsi la surveillance. Dans d'autres modèles, il existe des circulations sur lesquelles donnent des groupes de chambres ; l'avantage et ici la séparation des espaces de jour et de nuit.

Dans les établissements sanitaires, demande est faite d'intégrer un bureau de médecins, des postes de soins, des salles d'activité.

Choix de la localisation

Dans le choix de la localisation, il s'agit d'éviter certaines erreurs, de répondre à des critères précis :

Critères qualitatifs (cf. grille d'évaluation de la FNG) :

- intégration urbaine, bien ancré dans la vie communautaire, animée ;
- valorisation du projet qui doit être une vitrine de l'établissement et non caché « pour ne pas faire peur » ;
- accessibilité aux familles ;
- transports en commun ;
- accès facile à la structure pour des personnes elles-mêmes vieillissantes.

Critères organisationnels : regroupement ou pas avec d'autres structures de l'établissement, aux fins de partager des moyens.

Critères architecturaux : considérer les possibilités d'implantation : surface, niveau, orientation, ainsi que le niveau d'intervention ; aménagement simple, restructuration lourde, ou construction neuve et la réglementation en matière d'urbanisme.

Critères organisationnels ou comment lier ou non l'unité spécifique Alzheimer au reste de l'établissement

en termes de logistique, personnel, surveillance de nuit, partage des infirmières ?

Ces points doivent être considérés avant la mise en place de ces unités.

Pour exemples :

- **Création d'une unité Alzheimer isolée** dans un établissement ; cette unité fonctionne en autonomie, mais peut bénéficier de la logistique globale de l'établissement ; livraison des repas, surveillance de nuit. ;
- **Unité délocalisée** ; sur un site différent du site principal. Ce type de projet doit prévoir la livraison des repas, la surveillance de nuit, etc. ;
- **Unité ASA regroupée avec d'autres unités polyvalentes**, avec possibilité de partage d'un certain nombre de locaux ; repas, ménage... ;
- **Unités ASA regroupées entre elles** : avec des moyens communs, notamment en termes de temps de soins infirmiers.

Critères organisationnels et architecturaux

Possibilité d'implantation :

- surface disponible
- possibilité de plain-pied avec un espace vert sécurisé, ou terrasse (au moins 40 m²)
- orientation ; notamment pour les espaces extérieurs (attention aux structures plein ouest dans le sud de la France ou aux jardins exposés au nord dans le Nord de la France).

Niveau d'intervention :

- aménagement simple
- ou restructuration lourde
- ou construction neuve

Réglementation :

- en matière d'urbanisme
- sécurité incendie
- normes handicapés et surface des chambres (arrêté de 1999).

La structure doit répondre aux normes handicapés, notamment au regard de l'évolutivité de la structure (douches, surface des chambres...).

Faisabilité économique du projet.

Spécifications générales et techniques

Les principaux enjeux, dont les suivants :

- créer une ambiance rassurante ; couleurs, ambiance
- favoriser le repérage et l'autonomie
- stimuler les fonctions cognitives
- optimiser la surveillance.

L'architecture doit s'adapter aux aptitudes et non-aptitudes, prévenir les risques et valoriser le projet.

Ambiance générale :

- utilisation de la lumière : naturelle, artificielle, tant pour le repérage que la prévention des risques
- choix des matériaux
- utilisation de la couleur
- traitement acoustique
- choix du mobilier.

Tout doit converger vers la recherche de l'équilibre entre liberté et sécurité.

Sont à proscrire : les couleurs agressives, les trop grandes hauteurs sous plafond et les revêtements réverbérants. Les matériaux comme le verre, le carrelage ainsi que la hauteur sous plafond créent un environnement très sonore, entraînant un bruit de fond, un brouhaha, à l'encontre de la qualité d'acoustique souhaitée. Pour exemple, attention au bois qui réverbère les sons.

Conception générale des locaux :

- surveillance aisée de l'ensemble des locaux : compacité de l'unité
- surveillance des espaces extérieurs dédiés
- compacité du projet.

Sont à proscrire : les zones isolées, les culs-de-sac, sauf en gérant les lumières et les couleurs (le patient ne sait pas se retrouver), les grandes circulations.

Repérage et orientation : traitement de la lumière :

- la lumière peut être utilisée dans le repérage ; la lumière attire vers les lieux de vie ; à l'inverse, l'obscurité dissuade l'abord des lieux « interdits » ;
- l'ensoleillement doit être maîtrisé : protections solaires devant les baies vitrées par exemple ;
- la lumière artificielle doit être traitée avec précaution, également éviter les « spots » qui créent des alternances de zones éclairées et de zones d'ombre, source d'angoisse pour les patients déments quand il s'agit de traverser les zones d'ombre.

Repérage et orientation ; signalétique :

Principes : faire appel à la mémoire lointaine, utiliser des marquages forts :

- travailler sur l'utilisation d'images : gâteaux pour la cuisine pour exemple
- utiliser l'écriture cursive
- pendules à aiguilles
- divers : calendriers, éphémérides, menu du jour, informations du jour.

Prévention des risques : « éviter les usines à gaz »

Le principe est celui de la simplicité dans une architecture bien conçue en évitant les moyens complexes et en gardant en mémoire que les patients sont des personnes âgées.

- prévention des fugues ; contrôle des accès, portes à code, parfois 2 boutons côte à côte en appuyant sur les 2 boutons simultanément ; clôtures sans créer d'univers carcéral ; détection de présence
- prévention des contusions : éviter les angles vifs

- prévention des chutes : éviter les obstacles dans les circulations, les revêtements de sols glissants.

Équipements spécifiques : plomberie, sanitaires, là aussi il est judicieux de faire appel à la mémoire ancienne

- *robinetterie* : modèle ancien avec 2 robinets à tête carrée ; proscrire les mitigeurs
- *baignoire* : évaluer la pertinence d'une baignoire à hauteur variable, dispositif coûteux et peu utilisé
- *douche* : douche sans bac et chariot à douche
- *toilettes* : suspendues
- *lavabo* : prévoir un plan de toilette
- *matériaux* : faïence, résine.

Équipements spécifiques pour la cuisine : prévenir les risques

- *cuisson* : plutôt plaques à induction, rebords larges, four à paroi froide, tiroirs
- *plan de travail, étagères* : hauteur adaptée, privilégier les étagères plutôt que les placards
- *divers* : bac et égouttoir...

Sécurité incendie :

La réglementation a évolué ; les établissements médico-sociaux relèvent du type J, ce qui permet une certaine souplesse.

Principes fondamentaux :

- privilégier l'évacuation horizontale
- renforcement des conditions d'isolement
- détection automatique
- désenfumage...

Zonage : tous les niveaux doivent être recoupés, avec des zones de capacité identique.

En conclusion

Dans la réussite d'un projet, l'architecture est un outil ; en revanche, la compétence du personnel est un moyen au service d'un projet de soins et de vie.

3. L'aide à la décision financière

M. Loïc Ballet

(Consultant en gestion financière de projet)

L'aspect financier ne doit pas être considéré isolément mais intégré d'emblée à la réflexion globale qui préside à la mise en place d'un projet. Les aspects financiers concernent tant les coûts de fonctionnement que les coûts d'investissement.

Deux points sont fondamentaux : le projet d'établissement et le projet architectural. Ces 2 éléments ont plusieurs impacts : impact sur les équilibres structurels, les coûts de fonctionnement et le financement du projet.

1) Impact sur les équilibres structurels : conséquence de l'investissement sur les grands équilibres financiers de l'établissement (Fonds de roulement-Besoin en fonds de roulement et trésorerie).

2) Impact sur les coûts du fonctionnement : moyens en personnel, amortissement des travaux, coûts financiers, qui représentent les coûts les plus importants pour un établissement, notamment les **coûts en personnel** qui représentent 70 à 80 % des coûts.

Deux projets de logique architecturale différente – unité « concentrée » ou « éclatée », auront des conséquences en termes de personnel différentes. Or, on peut considérer qu'un poste en personnel correspond à 6 MF de travaux; un investissement de 6 MF représente un coût d'amortissement sur 30 ans de 200 000 FF/an, équivalant au coût d'un poste en personnel.

Impact sur les équilibres structurels

De fait, la structure financière existante, la « solidité » financière doit être évaluée. Celle-ci est d'autant plus importante au moment d'un projet; une question fondamentale se pose: restructuration, ou reconstruction. Cette dernière nécessite parfois de détruire un bâtiment, qui a encore une valeur financière dans les comptes de l'établissement (amortissements sur 50 ans ou plus dans le passé).

L'évolutivité de la structure doit être pensée, notamment au regard des durées d'amortissements et de ses conséquences sur le prix de journée.

À l'heure actuelle, les durées d'amortissement sont de 30 ans, ce qui est sans doute déjà trop long.

La réflexion est d'autant plus nécessaire que les amortissements procurent les ressources financières qui permettent de remettre les bâtiments au goût du jour en permanence.

Que se passe-t-il si on ne fait rien ?

La situation des amortissements « acquis » ne permettra peut être pas de rembourser les emprunts, mettant en péril la structure de l'établissement.

Comment un projet peut améliorer la structure financière d'un établissement ?

L'amortissement constitue une ressource financière, et quand cette opération est bien menée, pour peu que l'on obtienne une subvention, l'effet mécanique des amortissements peut permettre à l'établissement de restaurer une structure financière peut-être devenue délicate. Ce point est à considérer dans la durée; une vision sur une période de 10 ans semble être une bonne durée.

Ainsi un projet peut améliorer la structure financière à condition que le projet ne devienne pas absurde au plan des coûts de fonctionnement. Il faut que le coût final, payé par le résident, puisse être pris en charge.

Impact sur les coûts de fonctionnement (hors amortissement)

Pourquoi travailler sur les moyens en personnel ?

Le projet n'est jamais neutre en termes de moyens en personnel; il y a soit nécessité d'augmenter les moyens, soit de les réduire.

Un poste correspond à 1 million d'euros de travaux et de beaux bâtiments ne suffisent pas à offrir des prestations de qualité.

Comment travailler sur les besoins en personnel ?

Le pragmatisme est de règle; se poser les bonnes questions consiste à raisonner pour chaque unité d'accueil, par fonction: positionner les horaires par fonction (AS, ASH, etc.) en les rapprochant des tâches élémentaires (toilette...) et en essayant de chiffrer le besoin en termes de travail, par catégorie en personnel et en comparant le résultat de cette évaluation à l'effectif présent.

En d'autres termes, il s'agit d'objectiver au lieu de globaliser comme il est de règle lorsque l'on raisonne en termes de ratio de personnel.

L'objectif final est de pouvoir donner au gestionnaire de l'établissement des critères de choix d'un projet ou l'autre, d'un schéma directeur à un autre.

Impact budgétaire global

Ce qui précède permet de quantifier l'impact du projet d'établissement sur le tarif d'hébergement, le tarif dépendance et le tarif soins, dans le cadre de la négociation de la convention tripartite d'un EHPAD.

Le financement du projet

Une vision globale est nécessaire, intégrant l'ensemble de la trésorerie de l'établissement. Un plan de financement doit tenir compte des éléments suivants: utilisation de la trésorerie, phasage dans le temps des investissements: prise en compte des subventions possibles, besoins de financement externes: emprunts, et l'autofinancement net; vérifier qu'après le financement du projet, la structure financière de l'établissement reste équilibrée.

4. Guide des procédures et articulation des acteurs

M. Jean-Marc Piton (*Chef du service des établissements, Conseil général de Haute-Vienne*)

Deux réformes sont intervenues récemment; la réforme de la tarification des EHPAD et la loi réformant l'action sociale et médico-sociale de janvier 2002, qui ont modifié radicalement le contexte antérieur.

Mais de nouveaux décrets et arrêtés sont attendus concernant ces réformes, qui risquent, dans les mois à venir, de modifier l'interprétation de ces lois.

La réforme de la tarification

Découlant d'abord de la prestation spécifique dépendance (PSD), puis de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la réforme de la tarification concerne à compter du 1^{er} janvier 2002 tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes sur le plan physique et/ou psychique.

Selon le degré moyen de dépendance des résidents d'un établissement, et la capacité de ce dernier, deux cas de figure se présentent :

1) Les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

GMP > 300, et capacité ≥ à 25 places

Si la population est dépendante ou très dépendante (GMP > 300), et si la capacité est égale ou supérieure à 25 places, le régime tarifaire est de droit commun. Cela concerne essentiellement les maisons de retraite médicalisées ou les soins de longue durée, qui peuvent disposer d'une unité spécialisée.

3 sections tarifaires sont définies : hébergement et dépendance (du ressort des Conseils généraux), et soins (du ressort de l'État).

Les résidents paient un tarif hébergement, et un ticket modérateur dépendance. Ils bénéficient en outre de l'APA en établissement, versée par le Conseil général, qui correspond au coût des prestations dépendance non financées par le ticket modérateur.

La médicalisation est assurée grâce à un forfait soins versés par l'assurance maladie, qui permet en particulier la rémunération de la majeure partie du personnel soignant employé par l'établissement...

La signature d'une convention tripartite État-département-établissement est obligatoire pour accueillir des personnes âgées dépendantes. Ces structures ont alors le statut d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

GMP > 300, et capacité < 25 places

Un doute subsiste encore pour les établissements de moins de 25 places, mais qui ont un GMP supérieur à 300. Il semble que l'obligation de signer la convention tripartite puisse être assortie d'une possibilité de médicalisation externe. Cela nécessite que les modalités particulières de tarification et de financement soient précisées, puisque de fait les soins ne pourraient pas faire l'objet d'une section tarifaire.

2) Les autres établissements (GMP < 300)

Si le GMP est inférieur ou égal à 300, quelle que soit la capacité, le régime tarifaire peut être dérogatoire. Il s'agit le plus souvent des logements foyers, mais cela peut aussi être le cas des CANTOUS, structures souvent non médicalisées et de petite taille pour personnes âgées désorientées.

2 sections tarifaires sont définies : hébergement et dépendance (du ressort des conseils généraux).

Les résidents perçoivent l'APA à domicile dans le cadre d'un plan d'aide, qui finance à la fois des prestations assurées par l'établissement, liées à la prise en charge de la dépendance, et des prestations externes.

Les soins sont assurés par des intervenants extérieurs.

La signature de la convention pour obtenir le statut d'EHPAD et un renforcement des moyens (afin d'assurer notamment la médicalisation en interne) est facultative.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale succède à la loi 75-535 du 30 juin 1975 en vigueur jusqu'à présent, et modifie les procédures de création des établissements sociaux ou médico-sociaux.

Les unités spécialisées pour personnes âgées désorientées relèvent du champ médico-social, et sont donc concernées par cette loi, quelles que soient les conditions de dépendance ou de capacité.

1) Adaptation d'un établissement existant non médicalisé

Création d'une unité spécialisée non médicalisée par transformation de places existantes non médicalisées : aucune procédure d'autorisation en bonne et due forme n'est nécessaire, à condition que le GMP soit bien inférieur à 300. Seuls l'opportunité du projet, les modalités de fonctionnement, ainsi que les coûts d'investissement et d'exploitation, seront examinés.

Création d'une unité spécialisée médicalisée par transformation de places existantes non médicalisées : obligation de présenter un dossier devant le CROSS, selon la procédure détaillée au 2-3, pour obtenir le statut d'EHPAD, si le GMP est supérieur à 300.

2) Adaptation d'un établissement existant médicalisé

Aucune procédure particulière n'est nécessaire. Examen des conditions d'opportunité, du fonctionnement envisagé, et des coûts.

3) Création ou extension importante d'un établissement

La loi dispose que toute création ou toute extension importante (plus de 15 places, ou plus de 30 % de la capacité autorisée) d'établissement et service est soumise à autorisation préalable. Plusieurs raisons à cela :

- ces structures s'adressant à des personnes vulnérables, il importe de vérifier le sérieux du projet et du promoteur,
- la réflexion sur le fonctionnement, les objectifs, et les moyens de la structure, doit être cohérente et argumentée.
- il est nécessaire que le projet réponde à des besoins réels, identifiés en particulier par le plan gérontologique départemental,
- les règles minimales d'organisation et de fonctionnement prévues par la loi 2002-2 doivent être respectées,
- le coût de fonctionnement doit être raisonnable,
- le coût de fonctionnement doit être compatible avec les financements disponibles.

L'autorisation est donnée pour une durée de 15 ans. Son renouvellement est subordonné à une évaluation externe (voir plus loin). Jusqu'à présent, celle-ci était donnée pour une durée illimitée.

4) La procédure proprement dite

Dorénavant, les demandes de création portant sur des établissements ou des services de même nature sont reçues au cours de périodes précises (qui restent à déterminer). Ainsi, ce n'est plus l'antériorité d'un dossier qui compte (il fallait l'instruire dans un délai de 6 mois, quelle que soit la date de dépôt, sinon l'autorisation était réputée acquise), mais la qualité, puisqu'il pourra y avoir plusieurs projets en concurrence. C'est donc en théorie le meilleur projet, et non le plus ancien, qui sera retenu.

Les dossiers, une fois déclarés complets, doivent être instruits par la ou les autorités compétentes (le président du Conseil général, et les cas échéants le représentant de l'État si une médicalisation est demandée) dans un délai de 6 mois suivant la date d'expiration de la période concernée. Ce délai inclut le recueil de l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSM).

Les CROSM

La composition des CROSM, si ce sigle doit être validé, puisqu'ils succèdent aux CROSS (Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale), comprend des représentants de l'État, de collectivités territoriales, d'organismes de sécurité sociale, de travailleurs sociaux, de professionnels de santé, de gestionnaires d'établissements, d'usagers, des personnels, ainsi que des personnes qualifiées.

Le dossier remis par le promoteur, et présenté par le rapporteur du Conseil général, et éventuellement celui de l'État, comprend les éléments suivants :

- un exposé des caractéristiques de l'établissement (localisation, catégories de bénéficiaires, capacité),
- une note sur l'intérêt du projet au regard des besoins,
- un argumentaire présentant les objectifs sociaux, pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques (le projet d'établissement),
- en cas de gestion par une personne morale de droit privé, les statuts de celle-ci,
- des renseignements sur la situation juridique des immeubles,
- une note sur le projet architectural,
- un dossier financier (coût des investissements, budget prévisionnel sur 5 ans, modalités de financement envisagées),
- un descriptif détaillé du personnel souhaité,
- les projets de convention tripartite ou de toute autre convention devant être conclue entre le demandeur, l'État ou les collectivités publiques intéressées,
- l'indication du délai de réalisation.

L'avis du CROSM n'a pas de caractère conforme. Il n'y a donc pas d'obligation pour les autorités compétentes de le suivre.

L'absence de notification dans le délai de 6 mois vaut rejet de la demande d'autorisation. Cependant, lorsque dans un délai de 2 mois le demandeur le sollicite, les motifs du rejet doivent lui être notifiés avant 1 mois. À défaut, l'autorisation est réputée acquise.

Les incidences liées au statut de l'établissement

Établissement privé

L'autorisation est délivrée conjointement par le président du Conseil général (au titre de l'hébergement et de la dépendance), et le cas échéant par le Préfet (au titre des soins).

Établissement public

Il ne peut y avoir de tutelle d'une collectivité publique (le Conseil général) sur une autre collectivité publique (par exemple une commune qui serait promoteur d'un projet). Le président du Conseil général ne rend donc qu'un avis, suite à celui du CROSS, que la collectivité concernée est libre ou non de respecter. En cas d'avis défavorable, et de décision de création prise par le promoteur, le président du Conseil général a alors la possibilité de refuser d'habiliter l'établissement créé à l'aide sociale départementale, empêchant l'admission de résidents insolubles.

Le Préfet prend un arrêté d'autorisation au titre des soins (ce point demande à être confirmé, puisque les articles 313-1 et 315-2 de la loi 2002-2 semblent contradictoires, le second laissant entendre que le représentant de l'État ne rend lui aussi qu'un avis).

5) Le renouvellement de l'autorisation

Une évaluation doit être faite au cours des 7 ans suivant l'autorisation, et au moins 2 ans avant la date du renouvellement. Elle est réalisée par un organisme extérieur, à l'aide de référentiels validés au plan national.

Le renouvellement partiel ou total de l'autorisation est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation.

Principaux textes législatifs et réglementaires

- Loi 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance.
- Décret 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite.
- Décret 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets 99-316, 99-317, et 58-1202 (relatif aux hôpitaux et hospices publics).
- Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Décret 2001-1086 (mentionnant les dispositions tarifaires applicables aux établissements selon la capacité ou la dépendance des résidents) portant application de la loi 2001-647.
- Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Décret 95-185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements sociaux et médico-sociaux.
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (remplaçant la plupart des dispositions de la loi 75-535, et nécessitant la parution de nombreux décrets).
- Loi 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

DES CONCEPTS AUX RÉALISATIONS : Illustrations régionales

Des reportages vidéo réalisés dans plusieurs établissements de la région ont été projetés lors de la réunion, chaque expérience locale étant commentée en direct. Deux extraits de la cassette vidéo (remise aux participants) réalisée par Jean-Marie Vetel dans différents établissements français ont également été projetés.

Ces exemples concrets ont été, l'après-midi, les supports de travaux pratiques et dirigés avec le public, grâce à un débat animé par B. Chaline, lkes différents responsables locaux et avec l'utilisation des informations et connaissances apportées le matin.

1. Création d'un établissement autonome

ATELIER DÉBAT ANIMÉ PAR :

Mme Brigitte Chaline ; Dr Dominique Brun-Malauzat
(Responsable établissement spécialisé Alzheimer)

Établissement Public Départemental de Santé (E.P.D.S.) JALONEIX BERTROFF à BUJALEUF

Directeur : Monsieur MARTIN
Médecin : Docteur BRUN-MALAUZAT
Établissement autonome accueillant 60 résidents, répartis en quatre unités de 15 places

Dotation en personnel (en ETP) :

Effectifs soins/ménage

- 1 Praticien hospitalier
- 1 Cadre de santé
- 1 Psychomotricienne
- 0,5 Kinésithérapeute
- 4,5 Infirmiers Diplômés d'État
- 16 Aides Soignants
- 5 Aide Médico Psychologique
- 6 Agents de Service Hospitalier

Effectifs administration

- 1 Adjoint des Cadres Hospitalier
- 2 Adjoint Administratifs
- 0,5 Agent Administratif (magasinier)
- 0,5 Agent Administratif (secrétaire médecin)

Effectifs cuisine

- 1 Contremaître
- 3 Cuisiniers
- 0,5 Agents de Service Hospitalier

Effectifs entretien

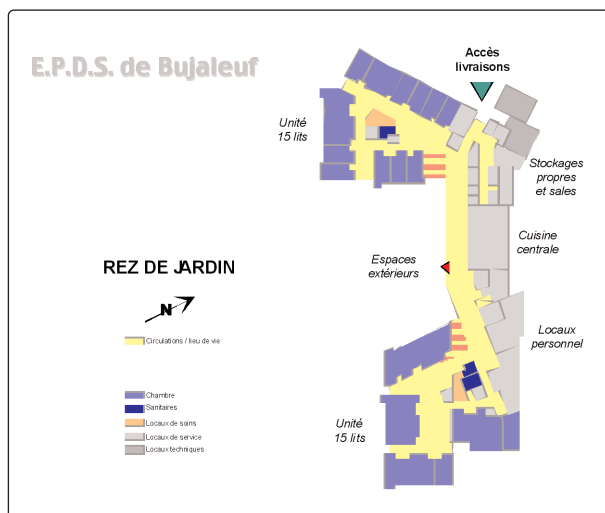
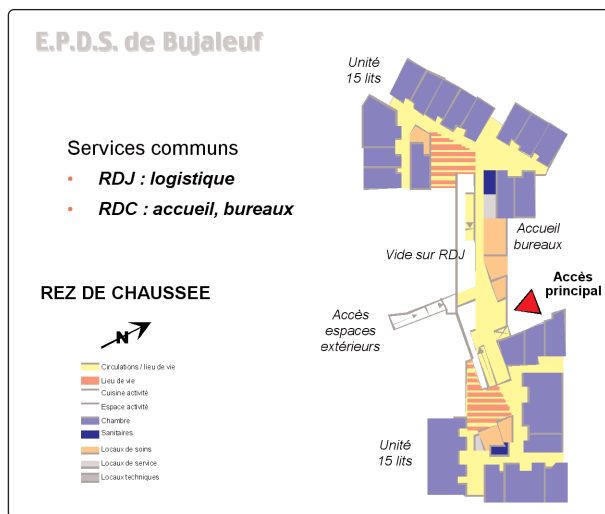
- 1 Maître Ouvrier

B. Chaline (voir plans ci-dessous)

L'établissement de Bujaleuf comprend 60 lits sur deux niveaux: le niveau bas au niveau des espaces extérieurs comporte 2 unités: le long d'une « colonne vertébrale » qui relie les deux unités, on trouve des locaux collectifs, notamment la cuisine centrale, vitrée sur la circulation et constituant ainsi une animation visuelle à l'intérieur de la structure.

Au niveau haut, l'accueil, à l'arrière de la structure, 2 unités, des locaux de bureaux et une rampe qui descend vers les espaces extérieurs.

Les chambres sont toutes individuelles.



D. Brun-Malauzat (Commentaire vidéo)

Le projet fut mené en 1990, conformément au programme SEPIA. L'EHPAD Jalouneix Bertroff est à Bujaleuf, village de 1 000 habitants, à 40 km à l'est de Limoges.

Situé au milieu du village, près de la poste, de l'école, des commerces et de l'église.

Sa capacité est de 60 places, il accueille depuis 1995 des malades au stade évolué, valides, actifs, et les accompagne jusqu'en fin de vie.

Implanté sur 8 000 m², le bâtiment d'une superficie de 3 200 m² est constitué de 2 ensembles latéraux réunis par un corps central.

Il présente deux niveaux: rez-de-jardin et rez-de-chaussée. Il est entouré d'un parc permettant la déambulation sécurisée.

Un escalier central extérieur permet aux résidents de l'étage de profiter du jardin.

L'entrée se fait par ouverture automatique des portes. À chaque niveau, un couloir réunit les deux unités.

Grâce aux espaces, la déambulation, capitale chez le dément, est respectée.

L'unité de vie comprend des espaces de vie collective: salle à manger, coin cuisine, entourés de 15 chambres avec salle de bain individuelle. Deux salles de bain communes complètent l'équipement sanitaire. La circulation des déments se fera autour du CANTOU: les patients déments seront attirés par les activités.

Le fonctionnement est proche de la cellule familiale. Les 60 chambres ont une superficie minimale de 20 m², avec papiers peints différents et salle de bain attenante.

Dans chaque unité, la cuisine permet une participation de tous les malades, même s'ils sont en fauteuil. Dans la salle à manger, le mobilier permet de réaliser des tables d'autonomie, soit de 4 personnes valides, soit de 2 places, soit des tables individuelles.

Toutes les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, d'une table de nuit, d'un placard et d'un bandeau comportant les éléments nécessaires à une prise en charge jusqu'en fin de vie.

L'escalier central conduit à 1 espace aménagé en salon de coiffure.

La cuisine centrale permet la réalisation, par un personnel spécifique des repas de tous les jours. Elle est ouverte sur la « rue », permettant aux patients d'assister à la préparation des repas.

Il y a une infirmerie par unité. Une des infirmeries a été transformée en bureau pour la psychomotricienne et permet d'entreposer le matériel des aides-soignantes.

Chaque unité comporte un lieu aménagé pour y pratiquer des ateliers en petits groupes et permet aux familles de s'isoler.

Les chambres sont personnalisées par les des petits meubles, cadres, photos.

Une des unités, la chaumière, est aménagée avec une table de ferme. On prépare des repas thérapeutiques dans la cuisine.

Les portes des chambres sont identifiées au goût du locataire.

Cette architecture donne au malade des repères lui permettant de lutter contre la désorientation temporo-spatiale, un espace de déambulation, une possibilité de conserver ses praxies le plus longtemps possible.

L'environnement architectural s'intègre dans une prise en charge spécifique, permettant à cet établissement de maintenir une qualité de vie dans la dignité.

Débat

Question : Il y a 4 unités, donc 4 salles à manger ; n'y a-t-il pas de lieu pour une animation commune ?

Réponse : Non, cette séparation en petites unités permet d'éviter les phénomènes d'agressivité, et permet d'avoir 4 lieux pour des activités différentes.

Réponse B. Chaline : Une grande salle collective peut être coûteuse et il faut évaluer la pertinence du coût d'une grande surface, destinée à y faire des « fêtes », si celles-ci ne sont pas fréquentes.

Question : Préparation des repas ?

Réponse : Les repas sont préparés par la cuisine centrale et distribués dans les unités ensuite. Mais une fois par mois, les repas thérapeutiques sont préparés dans la cuisine de chaque unité. L'autre intérêt de disposer d'une cuisine dans chaque unité, est de permettre un lever aux heures qui conviennent aux résidents avec la préparation du petit-déjeuner, etc.

B. Chaline : Il faut absolument dissocier les 2 types de cuisine : la cuisine centrale relève des services vétérinaires, avec la méthode HACCP : processus très établis et sévères.

Question : Les malades sont-ils répartis différemment dans les quatre unités, selon le GIRAGE par exemple ?

Réponse : Non, les patients sont conservés dans leurs unités jusqu'à la fin, car il est très perturbant pour les patients de changer d'unité. La séparation se fait davantage au niveau des ateliers que de la chambre elle-même.

Question : Comment vous y prenez-vous pour pouvoir assurer des petits-déjeuners à la carte ?

Réponse : Il y a une aide-soignante par unité de 15 lits... Les AMP prennent en charge ceux qui ont une dépendance particulière ou ceux qui veulent prendre leur petit-déjeuner plus tard. Il y a en fait une certaine souplesse dans l'organisation.

2. Adaptation de l'existant au niveau du CHU de Limoges

ATELIER DÉBAT ANIMÉ PAR :

Mme Brigitte Chaline

Dr Maurice Pareaud (*Responsable USLD Alzheimer*)

Unité de Soins de Longue Durée / Accueil Spécialisé Alzheimer : CHRU DUPUYTREN LIMOGES Hôpital Dr Chastaingt

Directeur Adjoint : Monsieur FEYDEL
Médecin Responsable : Docteur Maurice PAREAUD
Une unité accueillant 32 résidents.

Dotation en personnel (en ETP) :

Effectifs soins de jour

- 0,25 Médecin Responsable
- 0,5 Cadre Infirmier
- 4 Infirmiers Diplômés d'État
- 10 Aides Soignants
- 1 Agent de Service Hospitalier

Effectifs soins de nuit

- 0,8 Infirmier Diplômé d'État
- 2 Aides Soignants

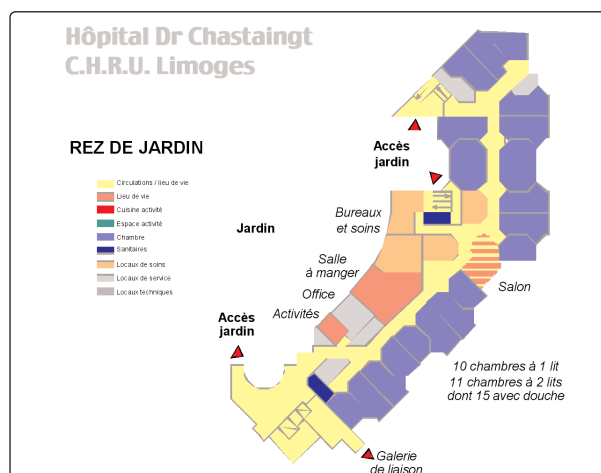
Effectifs entretien

- 2 Agents de Service hospitalier Qualifiés

M. Pareaud

Il s'agit d'une unité de 32 lits (*cf. plan descriptif ci-dessous*), au sein d'un ensemble de 650 lits dans un CHU. Le propos est de trouver une réponse spécifique pour les patients qui deviennent déambulants.

Après un premier projet, non abouti en 1996, s'est ouvert en 1998 cette unité spécialisée de 32 lits, adaptation d'une unité existante dans un nouveau bâtiment prévu pour une unité de long séjour classique, avec une équipe soignante dédiée également à un long séjour classique, mais recrutée sur la base du volontariat et ayant reçu une formation spécifique.



B. Chaline

La salle à manger est étroite ; les espaces collectifs sont assez restreints, une série de locaux communs donne sur un jardin ; les chambres sont à 1 ou 2 lits (2/3 de chambres à 2 lits) organisées en série de plots.

Débat

Question : Combien de personnel pour 32 lits ?

Réponse M. Pareaud : 19 personnes, ce qui correspond au « ratio » effectif correspondant à une unité de soins de longue durée du CHU : 4 postes d'infirmiers, 10 postes d'aides-soignantes, 1 agent hospitalier, 1 cadre pour 2 unités.

Le personnel de nuit est partagé pour le poste de soins infirmiers avec une autre unité ; 1 cadre pour 2 unités. Au plan médical, 1 interne qui a un autre secteur plus large, et M. Pareaud, présent 2 demi-journées par semaine. Au plan de l'animation, la structure bénéficie de la logistique de l'ensemble de l'établissement ; une convention entre le ministère de la culture et le ministère de la santé permet l'intervention d'artistes.

Question : Avez-vous fait une évaluation de l'incidence de l'architecture sur les soins aux malades, comparant des bâtiments neufs comme Vierzon et en bâtiment adapté comme Chastaing ?

Réponse : Un mémoire de capacité de gériatrie rapporte, sur les 8 premiers mois de fonctionnement, une réduction de l'usage des sédatifs, une réduction des problèmes d'incontinence, des troubles du comportement, donc des résultats comparables à ceux des autres unités Alzheimer.

Question : Cela signifie-t-il qu'une conception architecturale sophistiquée est moyennement justifiée ?

Réponse : Non, certains aspects de la prise en charge spécifique sont recréés pour être dans la philosophie générale, mais en « empruntant » les espaces communs d'autres services, etc.

Comme à Vierzon, les unités classiques sont utilisées pour les patients qui perdent leur capacité de déambulation, ce qui permet d'accueillir d'autres patients déambulants, venant d'autres services. Sur 1 an, la rotation est de 50 %, cette unité rend service aux autres unités. Quelques patients sont accompagnés jusqu'à la fin, mais ce n'est pas la règle.

Question : La déambulation « verticale » a-t-elle été étudiée ? Escalier, ascenseur, plan incliné ?

Réponse M. Pareaud : La capacité physique existe, mais le but recherché par le patient n'est pas nécessairement celui qu'on imagine. Il faut donc être prudent. À Vierzon, on a pu démontrer une réduction significative du risque de chutes et du nombre de fractures en dix ans ;

ceci est peut-être un argument à présenter aux autorités de tutelle.

B. Chaline : Les Jardins d'Eleusis, groupe de maisons de retraite, sont conçus sur 2 niveaux avec une rampe reliant ces 2 niveaux. Le corollaire est qu'il faut disposer d'un espace suffisant car la pente doit être accessible.

Remarque : À Bujaleuf, les marches sont séparées par des « jours », ce qui est très perturbant pour les patients, et cet aspect n'avait pas été envisagé à la construction.

3. CANTOU : autonome ou intégré

ATELIER DÉBAT ANIMÉ PAR :

Mme Martine Bonin (Directrice maison de retraite)
Mme Aurély Bougnoteau (Responsable de CANTOU)
M. Jean-Marc Piton

CANTOU de CONDAT SUR VIENNE

Établissement privé autonome

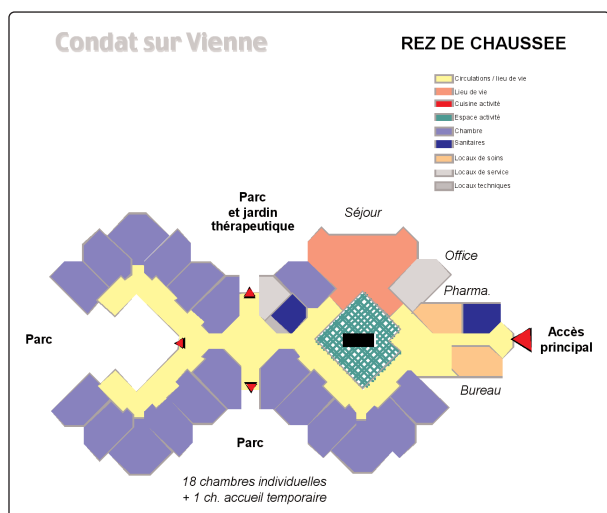
Établissement géré par la Mutualité de la Haute Vienne
Directrice : Mademoiselle BOUGNOTEAU
Établissement accueillant **18 résidents**
+ 1 Accueil temporaire.

Dotation en personnel :

- 5 assistantes de vie
- 2 aides médico-psychologique stagiaires
- 2 veilleurs de nuit
- 1 directrice

B. Chaline

Unité de 18 résidents avec tous les locaux de plain-pied : un accès principal est situé à l'extrémité de l'unité. Un patio éclaire le séjour et domine sur l'extérieur. Les patients sont attirés par la lumière qui règne dans les espaces collectifs.



A. Bougnoteau (Commentaire vidéo)

Le CANTOU est situé à proximité des écoles. Des espaces de déambulation sont prévus autour du CANTOU. Le CANTOU est situé à proximité d'un supermarché, offrant la possibilité d'un lien avec l'extérieur. Dix-huit résidents sont accueillis en hébergement, avec une place d'hébergement temporaire. À l'intérieur, le mobilier rappelle celui de la maison. Le patio est source de lumière; les patients y sont souvent rassemblés.

La pièce communautaire comporte salon, salle à manger, activités de vie quotidienne. Elle permet aussi d'accueillir les familles qui sont très impliquées dans la vie du CANTOU.

Tous les jours, l'équipe prépare 20 repas; y sont prévues des activités de type « cuisine ».

Trois ailes de chambres; chaque chambre est personnalisée, les salles de bain sont adaptées à la dépendance (douche en siphon de sol, barre de maintien), le jardin est sécurisé.

Le CANTOU offre un cadre de vie adapté aux personnes âgées. Cet accueil est une alternative aux grandes structures, les équipes s'adaptent au mode de vie des résidents.

Précision: Cette structure est non médicalisée, ce qui implique une coordination médico-sociale, son inscription dans un réseau.

Débat

Question: Gardez-vous les patients en fin de vie? et d'autre part comment conciliez-vous sécurité et présence de mobilier personnel?

Réponse: La plupart des chambres ont des lits médicalisés, des fauteuils roulants. Concernant le mobilier personnel, aucun problème ne s'est posé depuis l'ouverture en termes de sécurité.

Précision – M. Piton: Concernant les petits établissements accueillant moins de 25 résidents, il est proposé une adaptation des normes de sécurité, afin de ne pas trop gréver les coûts d'investissement de ces structures, proches du domicile. Ces propositions sont à l'étude par le nouveau gouvernement.

Question M. Pareaud: Comment cette structure est-elle intégrée à un réseau de soins?

Réponse: L'entrée dans l'établissement correspond au libre choix par la famille, du médecin, infirmier, kinésithérapeute, avec intervention des infirmiers du secteur psychiatrique.

Question: Quelle équipe et quel prix de journée?

Réponse: Équipe de 9 personnes (8 ETP), sans personnel médical ni paramédical.

Le prix de journée est de: 43 euros.

CANTOU appartenant à la Maison de Retraite du ROUSSILLON (E.H.P.A.D.)

Le CANTOU et la Maison de Retraite possèdent le statut d'Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.)

Établissement géré par le Centre Communal d'Actions Sociales de Limoges (C.C.A.S.)

Président: Monsieur RODET, Maire de Limoges

Directrice: Madame BONIN

Établissement accueillant **80 résidents:**

64 places en Maison de Retraite

16 places au sein du CANTOU

Dotation en personnel (en ETP):

aucune distinction n'est faite entre la maison de retraite et le CANTOU.

Effectifs administration

- 1 Directrice
- 1 Économe
- 1 Secrétaire
- 0,5 Adjoint Administratif
- 1 Hôtesse d'accueil

Effectifs cuisine

- 10,75 Cuisiniers
- 0,60 Magasinier

Effectifs animation et entretien

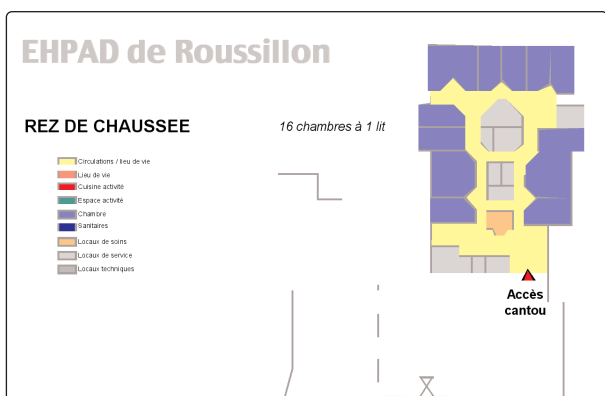
- 1 Animatrice
- 0,60 Esthéticienne
- 9 Agents de Service Hospitalier
- 1,5 Lingère

Effectifs soins

- 0,3 Médecin
- 0,5 Kinésithérapeute
- 4 Infirmiers Diplômés d'État
- 12,3 Aides Soignants de Jour
- 2 Aides Soignants de Nuit

B. Chaline (voir plan ci-après)

Le CANTOU prend une partie du rez-de-chaussée avec des chambres à 1 lit autour d'espaces de déambulation et d'espaces communs, des chambres comportant de grandes salles de bain.



M. Bonin (Présentation vidéo)

L'établissement est entouré de bois, et situé face à un terrain de sport. L'atrium est vitré et climatisé, un ascenseur panoramique participe à l'animation. Salle à manger, salon bibliothèque, salon de coiffure (compris dans le prix de journée) constituent les espaces communs.

Le salon, salle à manger du CANTOU a une superficie de 90 m², comporte un office pour y préparer les goûters (mais les repas proviennent de la cuisine centrale). Toutes les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, d'une salle de bain, certaines chambres sont très personnalisées. Le jardin privatif du CANTOU s'inscrit dans le jardin commun, les patients ont accès au bois sous surveillance. Le CANTOU apporte sécurité et confort aux résidents, les familles participent à la vie de l'unité.

Débat

Question : Comment cohabitent les différents patients au sein de l'établissement ?

Réponse : Les personnes vivant au sein du CANTOU le vivent bien ; en revanche, leurs familles ont davantage le sentiment d'un « ghetto ». Les fêtes réunissent l'ensemble des résidents, et à ces occasions, les résidents de la maison de retraite voient parfois d'un regard peu accueillant l'arrivée des patients du CANTOU.

Question M. Pareaud : Le CANTOU permet-il, compte tenu de sa faible capacité, de répondre aux besoins de tout l'établissement ?

Réponse : Il y a dans la maison de retraite une dizaine de patients qui pourraient bénéficier du CANTOU. La population du CANTOU est stable, et plus jeune que celle de l'établissement.

Remarque J.-M. Piton : En Haute-Vienne, il existe 2 projets d'EHPAD ; chacune de ces structures comporte un CANTOU.

Question : Quel prix de journée ? Celui-ci est-il le même que celui de l'EHPAD ?

Réponse : 304,59 euros ; TM = 21,71 ; l'APA n'est pas apparentée à l'APA à domicile, et le prix de journée est identique à celui du reste de l'établissement, ce qui est vraisemblablement une erreur.

J.-M. Piton : La réforme de la tarification s'applique à cet établissement, avec 1 tarif dépendance en fonction du GIR non modulable par ailleurs, ce qui pose problème compte tenu des prises en charge différentes de ces patients.

D. Brun-Malauzat : Ce combat est celui de tous ceux qui prennent en charge les patients atteints de maladie d'Alzheimer, qui nécessitent du personnel qualifié, en nombre, ce qui n'est pas nécessairement reconnu par les autorités de tutelle.

4. Synthèse et conclusion

Mme Brigitte Chaline

Cette journée a permis d'ouvrir le débat sur la richesse de la réflexion qui préside à la mise en place d'un projet d'unité spécifique Alzheimer.

Cette réflexion est large, touche tous les aspects que sont l'architecture, le financement, la structuration du personnel ainsi que tous les aspects médicaux.

Aux travers des exemples, des anecdotes qui ont émaillé cette journée, ont été mises en évidence les erreurs à ne pas commettre, ainsi que ce qui fonctionne très bien.

Il est important que chacun puisse enrichir les expériences qui sont conduites afin d'élaborer une sorte de cahier des charges de ce qu'il faut faire, et le « bêtisier » de ce qu'il ne faut pas faire, à l'instar des sols en damiers ou des escaliers ajourés.

Chacun est invité à communiquer à l'IGL (site : www.i-geronto-limousin.fr) ses suggestions afin de préparer, peut-être, une réédition de l'ouvrage sur l'architecture des unités Alzheimer.

Dr Maurice Pareaud

Maurice Pareaud remercie B. Chaline de sa participation très active à cette journée et souligne l'intérêt d'une telle réflexion au service de la progression de la prise en charge adaptée et évolutive des malades au sein des unités spécialisées Alzheimer.

Une 3^e journée régionale est planifiée pour 2003, sur le thème de la prise en soins à domicile et le travail en réseau.

Si l'actualité y incite, une autre réunion sera mise en place en décembre 2002, comme cela a été le cas en 2001 dans le cadre du programme démence ; ce sera l'occasion de présenter l'actualisation du répertoire de ressources.

ANNONCE DU LAURÉAT DE LA BOURSE D'ÉTUDE ALOIS 2002

Cette bourse d'étude de 4000 euros a été rendue possible grâce au soutien de l'association par différents partenaires : les laboratoires Eisai/Pfizer, les laboratoires Janssen-Cilag, le Lions Club de Limoges Briance, ainsi que la Société de Gériatrie et de Gérontologie du Limousin, l'Institut de Gérontologie du Limousin pour leur support logistique.

Bourse 2003

Il est prévu une alternance entre soutien à la recherche médicale fondamentale, et le soutien à la recherche médico-sociale, ou institutionnelle sur la maladie d'Alzheimer.

Ainsi, en 2003, la bourse distinguera des travaux de recherche médico-sociale dans la région, et 2004 des travaux de recherche médicale régionale.

Le règlement du Concours (*cf. annexe*) est présenté.

Deux équipes ont fait acte de candidature

Le lauréat est le docteur Thierry Dantoine, représentant une équipe pluridisciplinaire, ainsi que le règlement l'exige.

Au nom de l'association ALOIS, Maurice Pareaud remet cette distinction, cette bourse de 4000 euros à Thierry Dantoine, qui présente son travail.

Depuis 10 ans, en collaboration avec le Laboratoire de Pharmacologie de la Faculté de Médecine de Limoges (Pr L. Merle), le Dr Thierry Dantoine et le Département de Gérontologie Clinique (Dr J.-P. Charmes) étudient certaines activités enzymatiques du sérum humain suspectées de jouer un rôle important dans le vieillissement vasculaire et cérébral. Dans un premier temps, les études de ce groupe ont concerné une estérase, la paraoxonase du fait de sa relation très étroite avec les lipides qui sont impliqués dans le vieillissement vasculaire. De plus, depuis ces dix dernières années, un lien étroit entre le vieillissement vasculaire pathologique, l'athérosclérose et la maladie d'Alzheimer a été démontré. Le risque de développer une maladie d'Alzheimer est augmenté en présence de facteurs de risque cardiovasculaire tels que l'hypertension artérielle ou le diabète.

Dans ces deux pathologies très fréquentes du sujet âgé, l'athérosclérose et la maladie d'Alzheimer, l'oxydation des lipides joue un rôle pathogène majeur. La paraoxonase, en diminuant cette oxydation, semble représenter un facteur protecteur important contre le stress oxydant et ses conséquences délétères. Le Dr Dantoine et son équipe ont montré une diminution de cette activité enzymatique avec le vieillissement et dans la maladie coronarienne des sujets âgés atteints d'insuffisance rénale. Une modifi-

cation de cette activité enzymatique a également été retrouvée par ces études chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer et pourrait donc déboucher sur de nouveaux traitements. Ces travaux se poursuivent actuellement et s'orientent vers la recherche des mécanismes qui sont à l'origine de ces modifications d'activités dans la maladie d'Alzheimer. Pour ces travaux, le Dr Dantoine a reçu plusieurs prix nationaux (Société Nationale Française de Médecine Interne 2000, Société Française de Gériatrie et Gérontologie 2001) et internationaux (American Society of Nephrology, Nouvelle-Orléans, USA, 1996 ; Congrès mondial « Vascular Factors in Alzheimer's Disease », Kyoto, 2002).

Une deuxième activité enzymatique estérasique, la butyrylcholinestérase, va être étudiée pour son rôle potentiel dans la maladie d'Alzheimer. Cette enzyme est également probablement impliquée dans le métabolisme de lipides et dans la transformation pathologique de lésions du cerveau rencontrées dans la maladie d'Alzheimer, « les plaques séniles ». Les résultats préliminaires semblent montrer une variation de cette activité enzymatique dans le sérum humain avec le vieillissement (augmentation jusqu'à 65 ans puis diminution). L'étude de l'activité butyrylcholinestérase sérique chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer n'a pas été jusqu'à maintenant explorée sur un nombre conséquent de patients et fait l'objet de nouveaux travaux dans le Département de Gérontologie Clinique du CHU de Limoges et dans le laboratoire de Pharmacologie de la Faculté de Médecine. Pour ces travaux, le Dr Dantoine a reçu la bourse ALOIS 2002.

Le Dr Thierry Dantoine vient d'être nommé professeur des universités dans la discipline Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillessement.

ALOIS
Association Limousine d'Observation
et d'Information sur les Soins Alzheimer
et maladies apparentées

RÈGLEMENT
Attribution d'une bourse d'étude 2002 allouée par ALOIS

Article 1

Cette bourse d'étude d'un montant de 4000 euros est destinée à soutenir un travail scientifique régional concernant l'épidémiologie, les facteurs favorisant, la physiopathologie, la clinique ou la thérapeutique des démences de type Alzheimer.

Article 2

Peuvent faire acte de candidature les équipes d'institutions de santé ou de recherche de la région du Limousin (les projets ne peuvent être présentés par des individus isolés).

Article 3

Priorité sera donnée à des projets de caractère pluridisciplinaire et/ou de recherche.

Article 4

Les projets devront être engagés et/ou déjà connus.

Article 5

Les candidatures doivent être adressées au président de l'association : Docteur Maurice PAREAUD, C.I.P.A., 13 rue Louvrier de Lajolais, 87000 LIMOGES, avant le 19 mai 2002. Le dossier doit comporter l'état d'avancement des travaux et les projets de développement, en 5 exemplaires.

Article 6

Le jury est composé du conseil scientifique d'ALOIS.

Article 7

Le résultat sera publié le 19 juin 2002 et la bourse remise à l'occasion de la réunion annuelle d'ALOIS le 19 juin 2002 où il sera demandé au lauréat de faire une brève présentation de son travail.

Bourses d'études ALOIS

Remerciements

Laboratoires EISAI/PFIZER
Laboratoires JANSSEN-CILAG
Lions Club Limoges-Briance

Partenariats

Société de Gériatrie et de Gérontologie du Limousin
Institut de gérontologie du Limousin

Bourses 2003

Actions médico-sociales ou institutionnelles

Bourses 2004

Recherche médicale régionale

L'Association Limousine d'Observation et d'Information sur les Soins (ALOIS) Alzheimer et maladies apparentées a été créée à l'initiative de professionnels de différents secteurs, sanitaire, social, institutionnel, concernés par la maladie d'Alzheimer. L'association s'inscrit dans la continuité des "Forums Alzheimer" qui, depuis 1998, dans chaque région de France et au plan national, ont favorisé les échanges et la réflexion pluridisciplinaires en toute indépendance.

Ses buts

- Promouvoir des démarches qui permettent d'améliorer la connaissance des maladies entraînant une démence (maladie, malades, prise en charge et accès aux soins).
- Promouvoir l'information des intervenants médicaux, sociaux et des aidants.
- Promouvoir les échanges multidisciplinaires pour une meilleure qualité de la prise en charge.

Association ALOIS

Siège social : CIPA – 6, place de l'Ancienne Comédie – 87000 Limoges
www.i-geronto-limousin.fr [rubrique partenariat]