

**UNIVERSITE PARIS V
FACULTE DE MEDECINE COCHIN – PORT ROYAL**

ELABORATION
D'UNE STRUCTURE D'ACCUEIL DE JOUR
EN MILIEU RURAL
POUR PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES

Dr MARGHERITI
DIU DE MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD

**Dr BABADJIAN
CH D'ARGENTEUIL**

**Année universitaire
2004 / 2005**

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION

II – PHILOSOPHIE DU PROJET :

- 1) *Développement du projet*
- 2) *Recueil des informations*
- 3) *Adéquation du projet*

III – PROJET :

1) *Identité du projet*

- a- Elaboration
- b- Aire géographique
- c- Population intéressée
- d- Faisabilité
- e- Environnement
- f- Calendrier
- g- Immobilier

2) *Objectifs*

- a- Priorités de santé
- b- Choix de population
- c- Objectifs de soins
- d- Objectifs économiques
- e- Objectifs structurels

3) *Organisation*

- a- Organigramme
- b- Moyens humains
- c- Moyens matériels

4) *Relations avec l'extérieur*

- a- Familles
- b- Médecins traitants
- c- Structures hospitalières et EHPAD
- d- Réseaux

5) *Hôtellerie*

6) *Transport*

7) *Problèmes spécifiques*

- a- Motivation
- b- Souplesse
- c- Critères d'exclusion

- d- Transport
- e- Fonctionnement des personnels
- f- Intervenants
- g- Coûts
- h- Absence de séparation
- i- Liberté
- j- Incontinence
- k- Responsabilité professionnelle
- l- Suivi médical

IV – MISE EN ROUTE DU PROJET :

1) Problèmes économiques

- a- Financement
- b- Budget prévisionnel
- c- Traçabilité
- d- Economies potentielles

2) Problèmes juridiques

- a- Cadre juridique
- b- Dérogations
- c- Règlement intérieur
- d- Conventions
- e- Confidentialité

3) Evaluations

- a- Où ?
- b- Comment ?
- c- Quels outils ?

V – BILAN DE L'ETUDE :

1) Implantation des structures

2) Disposition des locaux

3) Evolution des structures

VI – CONCLUSION

VII – RESUME

VIII – BIBLIOGRAPHIE

IX – ANNEXES

Elaboration d'une structure d'accueil de jour
pour personnes âgées dépendantes
en milieu rural

I - INTRODUCTION :

Dans les structures de soins actuelles, ainsi qu'au sein des réseaux, on remarque de façon nette l'absence d'hébergement intermédiaire entre le domicile et la mise en institution de type EHPAD ou VSLD.

Les aides à domicile (dans notre région, nous disposons de 3 services d'aides-soignantes, aide-ménagère et auxiliaires de vie : santé service, ADAPA, ADMR) sont nombreuses, et permettent le maintien à domicile en assurant les soins d'hygiène et médicaux et en permettant de soulager un conjoint déjà éprouvé, ou une famille un peu débordée ou éloignée (si pas absente !).

Il existe déjà un système d'accueil temporaire, soulageant l'aidant ou la famille, pour quelques jours ou semaines, mais c'est un système un peu assimilé à une hospitalisation (et à un abandon de la part de la famille) pour les personnes âgées.

L'idée d'un accueil de jour, permettant « l'aide au répit » (c'est-à-dire un hébergement alternatif permettant l'aide aux familles et aux aidants, sans trop désorienter la personne âgée dépendante) et permettant d'élargir son champ relationnel, a semblé être une nécessité dans notre milieu rural : isolement du fait de l'éloignement géographique entre les personnes et les structures, même s'il existe une « surveillance » entre voisins, qui n'existe peut-être pas autant en milieu urbain....

Ce type de structure existe déjà, mais en très petite quantité, avec des fonctionnements divers : en milieu urbain, au sein d'un EHPAD ou d'un hôpital, en milieu semi rural ou rural (très peu).

II – PHILOSOPHIE DU PROJET :

1) Développement du projet

* Le projet s'est développé entre professionnels de santé en milieu rural, qui, confrontés à l'isolement et à l'ennui des personnes âgées dépendantes, à domicile, aggravent leur dépendance et leur désorientation (manque d'activités physiques et psychiques).

* D'autre part, l'épuisement des aidants et des familles vis-à-vis des soins et attentions requis par les personnes âgées est important et génère un risque vital (aggravation de la morbi-mortalité chez les aidants, syndrome d'emprisonnement – Trapp syndrom-).

* Les professionnels intéressés sont médecins généralistes, infirmières à domicile ou en institution, aides-soignantes, aides ménagères.

2) Recueil des informations

* Les éléments actuels recueillis ne correspondent pas toujours aux besoins locaux spécifiques, les structures existantes étant au sein d'un hôpital ou en milieu urbain.

* Le choix du projet s'est développé sur un territoire rural d'environ 10 Kms de rayon, englobant 4 EHPAD (2 publics, 2 privés), un VSLD, un hôpital avec SSR, et intéressant 22 médecins g généralistes et 1 gériatre, pour une population globale d'environ 40000.

* Les activités des différents services d'aides à domicile sont une aide majeure, mais ne comblent pas la partie « vacante » de la journée, c'est-à-dire le temps restant après les repas, la toilette, l'habillage et les soins. Ces aides sont :

- santé service : hospitalisation à domicile, soins à domicile aux personnes âgées.
- ADAPA : aide à domicile aux personnes âgées (service d'aides soignantes et aides ménagères)
- ADMR : aide à domicile en milieu rural (aides ménagères, et progressivement, aides soignantes) et portage des repas.

3) Adéquation du projet

* Une fois l'idée du projet retenue, l'adaptation de ce type de structure à la population intéressée, ainsi que les moyens mis à la disposition de la structure et des personnes âgées, sont très importants : état des possibilités locales en termes de transports, d'hôtellerie, de personnels formés à la dépendance et à la démence.

III – PROJET :

1) Identité du projet

a- Elaboration du projet

* Elle se fait dans le cadre d'une association type loi 1901, regroupant :

 { Médecins libéraux
 { Infirmières
 { Aides soignantes
 { ASH
 { AMP
 { Représentants locaux des tutelles (conseil général, CPAM)

* Tous ces personnels sont réunis même volonté d'aide à la personne âgée, et par le sentiment d'un manque dans le système de soins local.

b- Aire géographique

* L'aire d'influence a été choisie du fait du vide médical existant, tant sur le plan médical pur que sur le plan des structures de soins et d'accueil (EHPAD, USLD, hôpital et SSR, médecins libéraux, tous en périphérie de cette zone).

c- Population intéressée

* Elle est presque exclusivement agricole, avec des habitudes « d'autosuffisance » liées au mode de vie professionnel, et au manque d'argent (quid des retraites agricoles... ?).

* Le repli sur soi étant souvent le fait de la personne âgée, la démarche actuelle n'en est que plus intéressante, visant à désenclaver la personne âgée de son milieu habituel.

d- Enquête de faisabilité

* Elle a été faite auprès des médecins généralistes (voir annexe), et a conforté l'équipe dans son projet, en sachant que les résultats sont toujours optimistes par rapport à la réalité. On ne tient pas compte, en effet, de l'avis des personnes âgées elles-mêmes.

e- Environnement professionnel

* Il est à organiser : - absence de réseau spécifique local formalisé
- responsabilité d'organisation reposant sur les médecins de terrain et sur les aidants (familiaux ou extérieurs), qui sont souvent débordés.

f- Calendrier de réalisation

* Le délai de réalisation peut s'étaler sur 3 à 5 ans environ :

Avant projet
Constitution de l'association
Projet immobilier
Projet d'établissement
Accréditations
Financement
Appels d'offres, puis travaux

g- Choix immobilier

* Le choix d'un local possible ou d'un terrain (en l'occurrence, un terrain nu) s'effectue en fonction de l'accessibilité par les différents transports (minibus, VSL, véhicules particuliers) et en fonction de la disposition des différentes parties de la structure.

* Le projet immobilier retenu correspond à une structure d'environ 300 m², de plain pied, fermée, décomposée en :

- un lieu de vie central, avec jardins intérieur, sur 100 m²
- un lieu de repos et de consultations médicales, de 20 m²
- une cuisine thérapeutique, attenante à un lieu de réchauffage des plats, de 30 m²
- une salle d'activités, de 30 m²
- un salon de 30 m²
- une salle de coiffure et esthétique, de 20 m²
- des sanitaires adaptés, pour les résidents, avec douche, de 15 m²
- des vestiaires séparés, hommes-femmes, avec wc handicapé et douche, sur 20 m²
- un couloir de déambulation de 10 m * 2 m, en périphérie du bâtiment
- un hall d'entrée de 15 m², avec porte sécurisée
- une salle de rangement de 20 m²
- un bureau de 20 m²
- un jardin clos, extérieur, de 50 m²

* Ce type de structure a été élaboré sur le modèle des structures Alzheimer permettant :

- une meilleure surveillance des personnes accueillies, pour un moindre risque de fugue, chute, accident, etc...

- un meilleur fonctionnement des différents personnels, pouvant « rayonner » à partir du lieu de vie.

- un meilleur attrait pour les personnes accueillies : clarté, ouvertures nombreuses sur l'extérieur, déambulation libre (mais « encadré »), en fait tout ce qui les éloigne d'une structure hospitalière.

* L'équipement se doit d'être adapté : signalétique spécifique, éclairage, veilleuses, portes sécurisées à code, sols adaptés non glissants, mains courantes, couleurs vives.

2) Objectifs

a- Priorités de santé

* C'est permettre la survie d'une zone géographique, en maintenant les personnes âgées chez elles.

* C'est permettre un dépistage plus précoce de certains troubles du vieillissement et de certaines pathologies, et surveiller les soins.

* C'est limiter le vieillissement cérébral en stimulant les différentes fonctions cognitives et motrices.

* C'est aussi surveiller l'apport nutritionnel et d'adaptation des aliments aux handicaps moteurs et psychiques.

* Et c'est aussi apporter des emplois et augmenter l'attrait d'une zone rurale un peu délaissée.

b- Choix de population

* Existe-t'il réellement un choix ? En excluant les troubles psychiatriques non stabilisés et les personnes grabataires, le champ d'inclusion est encore assez large.

* Se pose la question de la limite inférieure des 60 ans, limite légale pour une prise en charge ; dans la population locale, existent des personnes handicapées de moins de 60 ans, à la charge de leurs familles (suite d'encéphalite, trisomie 21, séquelles d'accidents) et qui nécessitent une présence et des soins rapprochés. L'inclusion de ces personnes serait un attrait supplémentaire pour la structure (après accord des autorités de tutelle...).

* Il faut noter que, en moyenne, la population reçue par les accueils de jour comporte, au minimum, 1/3 de personnes démentes.

c- Objectifs de soins

* Ces objectifs sont nombreux et regroupent toutes les activités thérapeutiques et de dépistage

→ sorties : repas, promenades à thèmes (champignons, châtaignes), voyages, expositions

→ ateliers mémoires (en relation avec les CM2R : centres mémoires ressources recherches)

→ lecture, contes en langue locale (langue d'oc-limousin) et en patois, chant, coloriage, peinture

→ groupes de discussion : vie locale, politique, vie courante, santé, famille, revue de presse

→ gymnastique : adaptation des efforts, équilibre, balles, ballons, « apprentissage » de la chute et du lever, marche accompagnée, en relation avec un ergothérapeute et un kinésithérapeute

→ couture, reprise du linge, aide au pliage et au rangement (apport bénéfique par l'impression de se rendre utile et responsable d'un acte), tricot

→ mosaïque, vannerie

→ cuisine thérapeutique, ouverte en continu, pour permettre l'accès aux déambulants

→ jardinage

* Il faut éviter de faire ce que l'on appelle des « groupe de niveaux », le mélange permettant des interactions bénéfiques et une émulation certaine.

* Il faut éviter, pour toute activité, de mettre la personne âgée en situation d'échec, mais plutôt l'encourager.

* Il faut noter aussi la nécessité de laisser la liberté du choix de l'activité (ou de ne rien faire), et plutôt favoriser les activités individuelles plus qu'en groupe (plus motivant).

d- Objectifs économiques

* On doit répondre à la demande locale, dans la limite des possibilités financières des personnes âgées.

* On retrouve, sur les différentes structures, hospitalières ou non, urbaines ou rurales, des prix de journée, concluant le repas, allant de 15 à 30 euros, le transport restant à la charge de la personne âgée (12 à 23 euros/jour, 3 à 8 euros pour le repas, 3 à 8 euros pour le transport).

e- Objectifs structurels

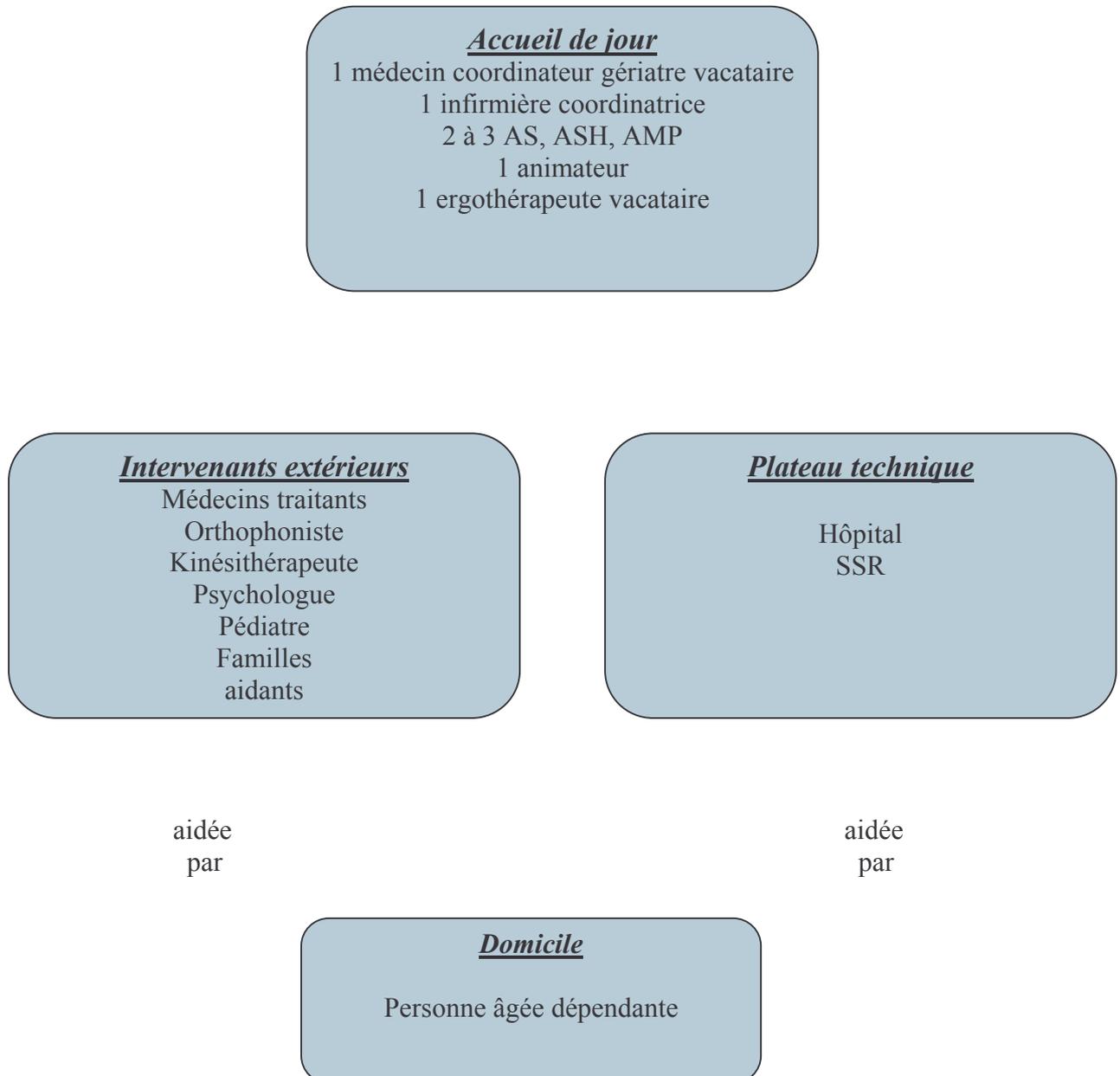
* L'accueil de jour se doit de rester de petite taille, de 10 à 12 personnes accueillies, avec un personnel d'encadrement de 4 à 6 personnes.

* Le fonctionnement se fait sur 5 à 6 jours par semaine, et un choix de séjour d'une journée ou d'une demi-journée, avec ou sans repas, en évitant « l'obligation » pour la personne âgée d'un passage quotidien, mais plutôt 2 à 3 fois/semaine.

* On évite aussi la lassitude et on fait profiter de la structure à plus de résidents.

3) Organisation

a- Organigramme



b- Moyens humains

* La structure est gérée par une infirmière coordinatrice, permettant les relations entre les différents intervenants (médecins traitants, hôpitaux, SSR, kiné...), mais aussi familles et aidants. Son rôle comporte aussi le suivi des soins infirmiers et médicaux en cours, et la répartition des médicaments.

* Le médecin gériatre vacataire s'occupe de vérifier le suivi des soins et leur adaptation ; il assure la permanence des soins, leur évaluation, et assure aussi la formation des personnels.

* Les aides soignantes s'occupent de l'exécution des soins médicaux, avec les activités d'éducation à l'hygiène corporelle et alimentaire. Elles s'occupent aussi de l'hygiène des locaux.

* Les aides médico psychologiques ont en charge, avec l'animateur, les activités psychologiques et psychomotrices (cf : objectifs de soins).

* L'ergothérapeute veille à l'adaptation des locaux et des matériels, aux différents handicaps, et s'implique dans les activités de gymnastique adaptée et de l'apprentissage de l'équilibre.

* Les agents de service ont en charge l'entretien des locaux et les tâches culinaires (réchauffage des plats, aide à la confection des repas dans le cadre de la cuisine thérapeutique).

* Un pédicure peut intervenir à la demande, ainsi, qu'un coiffeur.

c- Moyens matériels

* L'immobilier a été décrit précédemment, avec adaptation aux différents handicaps et à l'activité des personnels (respect de l'ergonomie). Les contraintes sur le plan sécuritaire sont de type « J » (dans les Etablissements recevant du public), avec sanitaires accessibles aux handicapés, portes sécurisées à code, zones de déambulation très éclairées, sols adaptés, mains-courantes.

* Les matériels médicaux se limitent à des fauteuils roulants, un soulève malade électrique, une pharmacie regroupant les traitements et les produits de soins et de suture d'urgence, un petit matériel de réanimation d'urgence, et du matériel d'examen standard : lit

d'examen, tensiomètre, stéthoscope. Les moyens de contention doivent être inexistantes ou réduits au minimum (intérêt de ces structures).

* Les matériels spécifiques sont du domaine de l'animation : - balles, ballons, tapis de sol, cerceaux

audio

- livres, vidéos, CD

vannerie, mosaïque, poterie

- matériel de tricot,

* L'espace cuisine ne comporte que des zones de réchauffage (soit par « roulantes » livrées sur place, ou par plats à réchauffer), ainsi qu'une zone de cuisine thérapeutique avec plaques chauffantes et matériel simple (mixeur, casseroles, poêles...).

4) Relations avec l'extérieur

* Elles sont fondées sur la pluridisciplinarité et l'adhésion au réseau.

a- Les principales relations sont avec **les familles et les aidants**, pour coordonner, suivre les soins, entre le domicile, la structure, l'hôpital. L'information sur la structure et son fonctionnement doit être complète.

b- **Les médecins traitants** sont partie prenante, sur les prescriptions des soins et des traitements, et aussi au niveau des prises en charge pour des aides spécifiques (aide sociale, APA).

c- **Les structures, hospitalières ou EHPAD** constituent des partenaires privilégiés dans l'histoire de la personne âgée, soit lors d'une aggravation de la dépendance me permettant plus le maintien à domicile, soit lors d'un problème aigu, où le caractère court de l'hospitalisation doit être impérativement respecté (8 à 10 jours maximum, si possible), permettant une prise en charge optimale des soins.

d- **Les réseaux gérontologiques**, coordonnés par les CLIC, financés par le fond d'aide à la qualité des soins de ville et par la DRDR, permettant la coordination rapide des

soins et assurent la transmission des informations. Ces réseaux permettent aussi des activités spécifiques : centres mémoires, activité de dépistage.

5) Problèmes spécifiques de l'hôtellerie

* Différents problèmes se sont posés, principalement en fonction du facteur économique.

* L'établissement d'une cuisine interne, nécessitant une mise aux normes et un personnel spécifique, représente un coût exorbitant pour une petite structure.

* Le portage des repas, soit par une association type ADMR, soit par un professionnel de la restauration, soit par une EHPAD, semble la solution la moins onéreuse. Le choix se fait par appel d'offres auprès des différents professionnels.

6) Le transport

* Tout comme l'hôtellerie, son coût est important en moyens matériels et humains.

* Il peut être assuré par la structure, avec un véhicule adapté et équipé (jusqu'à 10000 euros d'équipement) pour recevoir des handicapés en fauteuil, et avec un personnel dépêché à cette fonction. A noter que dans certaines petites structures, le transport est assuré en alternance par les différents personnels de la structure, ce qui évite la constitution d'un poste fixe.

* Il peut être assuré par des professionnels, prestataires de services (transporteurs locaux).

* Une autre possibilité consiste en l'achat en commun avec les structures alentour d'un véhicule équipé, permettant une utilisation optimale du matériel, par une rotation programmée.

* Le transport par VSL semble illusoire du fait du coût, non pris en charge par les tutelles (peut-être avec un accord cas par cas dans le cadre d'un Alzheimer ?).

* Le transport privé est fréquent, en cas de famille présente, et de handicap modéré.

7) Problèmes spécifiques à l'accueil de jour

a- Il faut d'abord **mobiliser et motiver** les familles, pour stimuler et rompre la monotonie. Il faut faire du « démarchage » auprès des familles, des médecins, des hôpitaux.

b- Il faut un **fonctionnement souple**, en permettant des séjours « à la carte », comme une distraction pour la personne accueillie.

c- Il faut ne pas avoir de **critères d'exclusion** (mis à part les pathologies psychiatriques non stabilisées et les états grabataires).

d- **Adapter le mode de transport** à la personne : problème d'un véhicule adapté, passant à horaire précis, et obligeant tous les soins (médicaux, toilette) à se « caler » sur cet horaire, et stressant la personne âgée (avec souvent un lever trop précoce).

e- **Expliquer le fonctionnement** de la structure, qui est fermée pour limiter les fugues, chutes et accidents. Ceci peut-être perçu comme un enfermement par la famille ou la personne âgée valide, si l'explication n'est pas claire.

f- **Expliquer l'action des intervenants**, vacataires, mi-temps, temps plein, dans cette petite unité où la polyvalence et l'adaptabilité des personnels sont importantes.

g- **Le coût de fonctionnement** doit être détaillé, en expliquant les différents postes de facturation et les tarifs fixés par les tutelles (tout comme dans les EHPAD).

h- **L'absence de séparation** entre les pathologies, permettant une émulation importante entre les personnes, du valide à l'Alzheimer, lors des activités (la démence n'est pas « contagieuse »).

i- **La liberté** de faire ou ne pas faire une activité, seul ou à plusieurs, de rester isolé ou d'aller de groupe en groupe sans autre activité que la discussion.

j- **L'incontinence** est un problème, lors des activités, nécessitant des sanitaires en nombre suffisant, accessibles rapidement, et nécessitant du personnel !

k- Les responsabilités professionnelles, dans une structure où la pluridisciplinarité est reine.

l- Le suivi des soins et des traitements, dans une structure alternative, où les séjours sont brefs et irréguliers, nécessite une mise à jour stricte des dossiers (mais peu de participants par journée).

IV – MISE EN ROUTE DU PROJET :

1) Problèmes économiques

a- Le financement

* C'est le poste le plus important et décisif. Il se fait après labellisation confiée à la DDASS/DDE, ainsi qu'aux CLIC et CROSS.

* La partie soins relève de l'ARH.

* Le versant social relève du Conseil Général (aide sociale, APA).

* Il est possible d'améliorer la prise en charge par l'assimilation de cette structure à une structure Alzheimer (même fonctionnement de base et mêmes contraintes). On fait la demande auprès du SROSS – Personnes âgées (demande très détaillée, en redéfinissant toutes les missions). Cette prise en charge est principalement pour les GIR 1 à 4, sur un plafond de séjour à ne pas dépasser.

* Un financement supplémentaire est possible, principalement au niveau de l'aménagement, par des organismes privés (Lions, Alzheimer, AGF), la prise en charge pouvant se monter jusqu'à 60000 euros.

* Le coût d'une telle structure se place dans une fourchette de prise de 300 à 350000 euros.

b- Budget prévisionnel

* Il permet d'optimiser les coûts de fonctionnement, par l'implication et la polyvalence des personnels.

* L'incorporation à un réseau permet la mise en commun de moyens humains et techniques, réduisant les coûts de fonctionnement, et donc le prix de journée, pour une meilleure accessibilité par la personne âgée.

c- Traçabilité

* Elle est opposable à toute demande des intervenants et des familles.

* Cette structure privée, même petite, génère de gros frais, qui doivent être explicités clairement.

d- Economies potentielles

* Elles sont faites sur différents postes (transport, hôtellerie, vacataires), soit par la mise en commun de moyens, soit par la délégation de charges.

2) Problèmes juridiques

C'est un établissement, défini à l'article L312-1 1 6 bis du code d'action sociale et des familles.

a- Cadre juridique

Le plus simple et le plus adapté (association loi 1901), avec des statuts simples, et incorporant les professionnels de santé locaux intéressés par le projet.

b- Dérogations

Elles sont explicitement écrites, que ce soit le transport, l'hôtellerie, les différents vacataires, mais aussi la distribution des traitements (qui est légalement le fait de l'infirmière).

c- Règlement intérieur

Il est précis, reprenant les différents postes en fonctionnement et les droits des accueillis (charte de la personne accueillie).

d- Conventions

* Signées avec les intervenants extérieurs et les réseaux (hôpital, SSR, EHPAD, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, ergothérapeute, médecins libéraux, centres mémoire, groupes d'animation).

e- Confidentialité

* Elle doit être respectée, tant au niveau des personnels (secret médical obligatoire, pour toute la structure) qu'au niveau des dossiers médicaux, papiers ou informatisés (CNIL).

3) *Evaluation*

a- Où ?

* L'évaluation se fait à plusieurs niveaux :
→ au sein de la structure, par les personnes accueillies et par les personnels.
→ à l'extérieur de la structure, par les intervenants extérieurs, les familles, et les autorités de tutelle (DDASS, Conseil Général).

b- Comment ?

* Elle se fait sur différents plans :
→ au niveau médical : adaptation des soins, évolution des pathologies, adaptation de la structure, formation des personnels.
→ au niveau économique : limitation des coûts, accessibilité financière plus grande, mise en commun des moyens.

c- Quels outils ?

* Des outils d'évaluation, spécifiques des structures pour personnes âgées, sont élaborés, sur la base de référentiels de type ANGELIQUE ou ECARTS.

* On aboutit à une charte qualité, qui sert de référence et est validée par tous (elle inclut l'immobilier, l'hébergement, le personnel, les intervenants, et l'organisation interne).

* L'évaluation doit être régulière ; elle permet l'accréditation par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

* On aboutit à la notion de service rendu, tant sur le plan médical, social, qu'économique, permettant de progresser sur la voie de ces structures trop peu nombreuses actuellement.

V – **BILAN DE L'ETUDE** :

* Toute cette étude préliminaire a été effectuée par les participants au projet, sur l'état des besoins locaux, sur les capacités locales de fonctionnement, et sur les expériences de plusieurs structures d'accueil de jour.

1) Implantation des structures

* Elles sont toutes différentes, avec une majorité en milieu urbain.

* Une seule (parmi les structures interrogées) est en milieu rural pur, mais au sein d'un EHPAD, permettant à 23 personnes de séjourner, en roulement de 5 à 8 places par jour, en utilisant les moyens de l'EHPAD avec un $\frac{3}{4}$ ETP d'animateur en plus.

* Une seule est indépendante d'une structure, mais elle est en milieu urbain (accueils à Gonesse, Gif sur Yvette, Roanne, Nevers, Cannes, Aubagne, La Ciotat, Limoges, St Laurent sur Gorre).

2) Disposition des locaux

* La disposition est assez uniforme, sur le mode des structures Alzheimer, répondant à des normes précises et à un fonctionnement rigoureux : espace de déambulation, lieu de vie

central, structure fermée, espaces sécurisés, locaux techniques permettant une vue globale de la structure.

3) Evolution des structures

* En 2003, la France disposait de 1822 places d'accueil de jour, pour personnes âgées dépendantes.

* On mise sur 8500 places en plus, pour 2007.

* Cette progression rentre dans le cadre du programme « bien vieillir », développé par les DGAS, DGS, et CNSA, financé par la même CNSA (caisse nationale solidarité pour l'autonomie) et relayé par les DRASS.

* Le plan Borloo, de 2004, développe, les services aux familles, en favorisant l'exonération des charges patronales par l'emploi du CESU (Chèque Emploi Service Universel), pouvant être appliqué à certains intervenants ponctuels.

VI – CONCLUSION :

* Le projet actuel tire son originalité de plusieurs points :

→ localisation géographique, en dehors de tout établissement de soins, dans un vide médical et structurel.

→ structure immobilière indépendante d'un établissement de soins ou d'hébergement.

→ établissement du projet dans le cadre d'une communauté de moyens : pluridisciplinarité, mise en commun possible avec les EHPAD.

* Pour être efficace et viable, ce projet doit faire sa propre « publicité », par voie de presse, par les réseaux gérontologiques, par les organismes sociaux, et beaucoup par le « bouche à oreilles ». Il faut mobiliser et motiver les familles et les aidants, dans leur fonction primordiale de soutien à la personne âgée dépendante.

* Ces structures sont une solution d'avenir, évitant ou retardant le placement en structure d'hébergement, dans une société vieillissante où les familles sont de plus en plus éclatées ou absentes.

* La personne âgée, attachée à son vécu et à son patrimoine, a la possibilité de profiter des activités et soutiens d'un EHPAD ou d'une structure Alzheimer, sans être déracinée de chez elle, ce qui ne génère pas de stress.

Et maintenant....

Sur le terrain.

VII – RESUME :

Le projet d'un accueil de jour en milieu rural rentre dans le cadre de la politique de développement des aides aux familles et aux personnes âgées.

Notre zone géographique est trop souvent oubliée des responsables régionaux ou départementaux.

Le groupe de professionnels de santé, intéressé par l'élaboration de cette structure visant à sécuriser et simplifier la coordination des soins et limiter le coût et la fréquence des hospitalisations, a décidé de se lancer dans l'aventure, en passant toutes les étapes de l'élaboration du projet.

Mots clés : Accueil de jour, milieu rural, personne âgée dépendante, Alzheimer

VIII – BIBLIOGRAPHIE, DOCUMENTS :

- * Accueils de jour de Roanne et Nevers
- * Accueils de jour de l’Ile de France (Gif sur Yvette, Gonesse)
- * Résidence les Pins – 87 – Saint Laurent sur Gorre
- * Accueil de jour – 19 rue de Rochechouart – 87 Limoges
- * Accueil de jour – 13 Aubagne
- * Accueil de jour – 13 La Ciotat
- * Association 3A (Accueil - Amitié - Alzheimer) (Lions – Alzheimer)
- * Expérience psycho gériatrique de Limoges (Pr J.M. Léger, Dr J.F. Tessier, FNG +
CHU Limoges)
- * Accueil et hôpital de jour (Restaud, métais, Botton) FNG
- * Accueil de jour en maison de retraite (H. Drera, J.M. Vétel, J. Belmin, INIST –
CNRS)
- * Accueil de jour (Argoud, Causse, Bismuth) – documents CLEIRPPA FNG
- * Cahier des charges des centres d’accueil de jour (conseil général du Haut-Rhin –
Colmar)
- * Sites Internet :
 - montpellier.alzheimer
 - amista-alzheimer
 - agevillage.com
 - personnesagees.gouv.gr
 - admr.org
 - adyfor.com (aide à la gestion, au diagnostic, et à l’aménagement
du temps de travail)
 - fngc (fédération de gérontologie)
 - synerpa.fr
 - arh (agence régionale de l’hospitalisation)
 - fnadepa.com (fédération nationale des associations de directeurs
d’établissements et de services pour personnes âgées)

**Remerciements à Melle Christine BATTISACCHI, pour son dévouement pour
ce projet.**

IX – ANNEXES :

Questionnaire posé aux médecins traitants de Confolens, Chabanais, Roumazières et leurs alentours.

- Etes-vous en accord avec le constat initial ?
- Que pensez-vous des objectifs que fixe ce projet ?
- Quelle nombre de personnes, parmi votre clientèle, pourraient correspondre à ce projet ?
- Combien parmi elles, pourraient développer un intérêt pour ce type de centre d'accueil ?
- Seriez-vous prêt à travailler dans le sens de ce projet à nos côtés ?
- Quel tarif imagineriez-vous acceptable pour une journée complète d'accueil ?
- Pensez-vous que le village de Manot, soit une implantation envisageable par rapport à sa situation géographique ?
- Autres commentaires.

Réponse au questionnaire posé aux médecins traitants :

Question n° 1	100 % en accord avec le constat initial.
Question n° 2	100 % en accord avec les objectifs.
Question n° 3	Une moyenne de 6 personnes.
Question n° 4	Une moyenne de 3,5 personnes.
Question n° 5	100 % de réponses positives.
Question n° 6	Une moyenne de 30 euros.
Question n° 7	100 % en accord avec ce lieu.
Autres commentaires	<p>2 médecins demanderaient à ce que le public accueilli soit élargi à des personnes atteintes d'un handicap chromosomique.</p> <p>Le médecin référent pour France Alzheimer a trouvé intéressant le fait que l'accueil de jour ne soit pas à l'intérieur d'une structure car il estime pour l'avoir vécu, que ce contexte peut avoir des répercussions de type psychologique sur les résidents.</p>

