

**Université René Descartes - Paris V
Faculté Cochin - Port Royal**

**CREATION DU VILLAGE
maison de retraite médicalisée
en 1992**

Docteur Marc VASSEUR

DIU DE MEDECIN CORDONNATEUR D'EHPAD

2013

Professeur Anne Sophie RIGAUD

CURRICULUM VITAE

DR MARC VASSEUR

Né le 24/07/1952 à Paris XIV

Doctorat en Médecine Générale 1982 Faculté de Médecine Paris XIII

Installation d'un cabinet de médecine générale 1982

CES de Biologie et Médecine du Sport 1984

DU de Gériatrie Faculté de Créteil (sous la direction de Mme le Dr LAMBERT) 1991

DIU de médecine manuelle Paris XIII (sous la direction de Mr le Dr FELTESSE) 1999

PLAN

CONTEXTE DU TRAVAIL : P4

Constat de l'accueil des Personnes âgées en Maison de Retraite en 1990

OBJECTIFS : P6

Création d'une Maison de Retraite

METHODOLOGIE: P10

Projet de Fonctionnement

Acquisition du terrain

Dessin architectural

Elaboration du Projet

RESULTATS: P27

Autorisation de fonctionnement

Construction

Exploitation

DISCUSSION: P30

CONCLUSION: P31

ANNEXES

Les plans du Bâtiment

- CONTEXTE DU TRAVAIL

CONSTAT DE L'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES EN 1990

Lors de mon installation en 1982 dans un village de Seine et Marne, je fus rapidement sollicité par la directrice d'une maison de retraite afin de remplacer le médecin intervenant libéral qui partait en retraite.

Le travail était alors assez simple, il suffisait de me rendre quotidiennement dans cet établissement pour visiter les Résidants qui présentaient une infection aigue.

Le médecin précédent ne tenait pas de dossier patient et ne faisait pas de suivi des pathologies en cours.

Les résidents étaient admis dans l'établissement lors d'un problème médical ou social qui les privait de leur autonomie. Le choix de l'établissement avait été déterminé le plus souvent par la famille au vu de la localisation du lieu d'accueil et de son prix. Je ne me souviens pas d'un patient ayant délibérément franchi le pas.

La vie du Résidant était rythmée par le lever, assuré par des employés de ménage, qui effectuaient aussi la toilette, l'habillage et qui les plaçaient devant leur petit-déjeuner dans une grande salle à manger commune. La matinée passait à regarder la télévision avant qu'arrive le déjeuner dans de grandes gamelles fumantes dont le contenu était déversé tout venant par de grandes louches. Les pensionnaires se débrouillaient pour manger, perdant régulièrement leurs dentiers, toussant et crachant le contenu de fausses routes. Le café bu, tout le monde s'assoupissait devant la télévision et n'ouvrait un œil que lors de l'arrivée du goûter. Le dîner réveillait la communauté pour la troisième fois de la journée, c'était alors l'heure de la soupe. La fin du repas à 19 heures, sonnait le moment du coucher, dans les bras fatigués de l'équipe de femmes de ménage présentes dès le matin.

La vie dans l'établissement ressemblait à celle que menaient les Vieux à domicile... mais en groupe, déjà un peu moins isolés. La nourriture n'était pas mauvaise, surtout constituée de ragouts, La boisson (eau ou vin) n'était présente qu'au repas. L'établissement avait été créé une vingtaines d'années auparavant dans une ancienne auberge reconvertie. Les Résidants était relativement bien traités mais sans aucune notion des besoins requis par une personne âgée.

Les infirmières libérales firent leur apparition régulière dans l'établissement assez rapidement. Elles ne venaient auparavant que pour assurer les prélèvements sanguins et les quelques soins techniques requis lors d'un retour d'hospitalisation. Les infirmières vinrent alors de 6h du matin à 8h, retournant ensuite faire leurs prélèvements et soins itinérants puis revenant de 19 à 21 h. Elles prirent alors en charge le lever des Résidents, leur toilette, les soins d'escarres, elles facturaient un forfait journalier de soins à la sécurité sociale, elles avaient en charge plus de 20 patients par jour, se faisant aider par des femmes de ménage à qui elles reversaient confidentiellement une petite part du remboursement de l'assurance maladie. Les femmes de ménages du matin, salariées de

l'établissement, firent rapidement place à une cohorte d'infirmières libérales payées par l'assurance maladie, représentant une ébauche de médicalisation.

Face à cette situation je décidai de mettre en place un suivi régulier du Résident, de m'appuyer pour cela sur les infirmières libérales qui me signalaient les cas nécessitant une prise en charge urgente ou spécifique. J'élaborai alors un dossier médical simple, sous forme d'une page de garde comprenant 4 parties, les antécédents médicaux, chirurgicaux et les allergies, l'histoire de la maladie, le traitement en cours, les indicateurs à surveiller. Un cahier d'écolier à petits carreaux me servait de dossier individuel "au fil de l'eau" sur lequel les intervenants notaient en 2 lignes maximum les actions menées ou à mener auprès du Résident, faisant naître une ébauche de Dossier de Soin individualisé (1ère mission) de Transmission (8ème mission) et de Traçabilité (5ème mission).

J'étais malheureusement le seul à utiliser le cahier. Les infirmières, toujours pressées, partaient faire leur "tourné", dès le dernier Résident soigné, les femmes de ménage restant encore en poste, n'osaient pas écrire, craignant de faire des fautes d'orthographe, les collègues médecins libéraux, pressés de reprendre leur consultation et les hospitaliers dédaignant ce cahier un peu trop scolaire, le renvoyant vierge de tout commentaire, quand il revenait...

La direction de l'établissement s'interrogeait sur mes états d'âme et ne comprenait pas pourquoi une machine aussi bien huilée et fonctionnant à merveille avec la bénédiction de le DASSMA, nécessitait d'être changée. Je décidai de partir après 10 ans de bons et loyaux services.

Pour me remettre de ces émotions j'emmenai ma femme et mes 2 enfants au Club Méditerranée. Ce séjour changea ma vision de l'accueil de groupe de personnes. C'était très comparable à l'accueil de personnes âgées: hébergement, soins urgents possibles, animation adaptées aux possibilités et volontés de chacun, architecture adaptée, impératifs de sécurité. Je devins le GM préféré du Directeur du Club, qui me révéla son secret: LE MANUEL D'ORGANISATION DU CLUB MED (3ème mission).

L'espace de vie médicalisé LE VILLAGE DE BOISSISE LE ROI était né.

- LES OBJECTIFS DU TRAVAIL
CREATION D'UNE MAISON DE RETRAITE

Créer un établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes selon un cahier des charges adapté du manuel d'organisation du club méditerranée de 1990.

Après avoir acquis de haute lutte une copie du manuel, il ne me restait plus qu'à comparer le fonctionnement d'un Club Med avec le fonctionnement d'une maison de retraite (on n'avait pas encore le merveilleux sigle EHPAD).

L'ARCHITECTURE

Le type d'architecture dicte le fonctionnement de l'établissement et est déterminant pour assurer la sécurité. Le Résident doit se sentir chez lui, rassuré. Les Familles ne doivent pas hésiter à en franchir la porte, les enfants doivent y trouver une occupation pendant la visite.

Les soins doivent pouvoir y être réalisés discrètement mais avec efficacité. Le personnel doit éprouver un certain plaisir et une fierté d'y travailler. Le personnel doit pouvoir visualiser facilement la présence des Résidents (et réciproquement). Les sanitaires doivent être facilement accessibles.

Le volume des pièces doit être suffisant et bien aéré pour éviter les odeurs inhérentes à cette activité. La lumière doit pénétrer facilement, mais doit pouvoir être masquée par fort ensoleillement. La température doit pouvoir être régulée le plus naturellement possible (les Résidents n'aiment pas la climatisation: nous étions en 1990 !! avant le Plan Bleu).

Le bâtiment ne doit pas être trop étendu afin d'éviter au personnel de trop se déplacer ou d'avoir recours à une masse salariale trop importante.

La sécurité est l'impératif essentiel afin de limiter les risques d'incendie et faciliter l'évacuation en cas de problème. Avec la nécessité paradoxale d'éviter les fugues.

Ces paramètres conduisant à un bâtiment relativement compact à étages.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

Les chambres seront grandes: 20 m² avec la salle de bain adaptée à la rotation d'un fauteuil roulant. Les WC seront surélevés et munis de barres de maintien. Le lavabo sera équipé de miroir inclinable pour se voir en fauteuil. Les douches seront sans rebord "à l'italienne". Un dispositif d'appel malade sera installé à côté du lit et dans la salle de bain avec rappel lumineux devant la chambre dans le couloir, dans la partie centrale du bâtiment et dans les infirmeries d'étage.

Les couloirs seront traités sous forme de rues avec une plaque, favorisant le repérage et renforçant la notion de "VILLAGE".

LES SOINS

Devront être médicalisés avec présence d'infirmières, aides soignantes et ASH salariées. La création d'une " section de cure médicale" sera demandée à la DASS lors du dépôt du dossier d'autorisation de création.

Un médecin généraliste devra être présent quotidiennement et tenir un dossier individuel de santé.

Une équipe de direction devra établir une hiérarchie permettant la bonne distribution des tâches et un retour d'informations à l'attention des Référents et des familles des Résidents.

Une formation continue devra être dispensée aux salariés, interne, permettant une évolution de carrière (7ème mission). La création d'une école d'aide soignante est envisagée en relation avec les écoles des hôpitaux existantes (10ème mission).

Une infirmerie sera installée à chaque étage, où seront effectués les soins, où seront stockés les médicaments et les dossiers, où seront assurées les transmissions, où les médecins viendront écrire leur ordonnance qui sera remise à l'infirmière qui la transmettra à la pharmacie par fax (6ème mission).

L'infirmière surveillera la distribution des médicaments, via un chariot sur lequel seront installés des piluliers individuels préparés une fois par semaine.

Des kinésithérapeutes libérales s'installeront dans une salle équipée et seront chargées d'effectuer des rééducations, des ateliers de marche, d'équilibre et de maintien musculaire. Elles participeront à l'animation (GO du Club Med).

L'établissement sera dirigé par un médecin ayant un DIU de Gériatrie.

L'HEBERGEMENT

Il favorisera l'intégration du Résident, qui devra trouver une vie de Village avec son domicile (sa chambre), ses rues (le couloir avec sa plaque de rue et ses lampadaires sur les poteaux de soutènement), la luminosité d'une rue (« bow window » en bout de couloir, tout en verre, avec un arbuste pour éviter le vertige et donner une touche végétale).

Il permettra les échanges avec la création d'une "REVUE DE PRESSE" tous les jours à 11h1/2, avant le déjeuner, animé quotidiennement par une des deux hôtesse d'accueil. La revue de presse est suivie d'un apéritif le dimanche et les jours de fêtes.

Une salle à manger est positionnée au centre des 3 niveaux, accueillant les 30 occupants des 2 ailes de l'étage, reconstituant une ambiance "CANTOU" et permettant une animation adaptée.

Le Salon attenant accueille la salle de télévision et sera le lieu d'animations d'étage.

Chaque aile de sommeil comporte 15 chambres, une zone de WC communs, un grand salon d'aile aménagé comme une véranda où les familles peuvent s'asseoir avec leur Résident.

Une chambre est réservée au premier et deuxième étage aux familles désirant assurer une présence ponctuelle de fin de vie.

12 chambres sont communicantes pour accueillir des couples.

Une buanderie lingerie est installée au sous sol sous la responsabilité d'une lingère et permet d'entretenir le linge de corps gratuitement. Le linge plat sera traité par une entreprise industrielle extérieure pour éviter l'achat et l'entretien de grosses machines couteuses nécessitant un personnel nombreux. Le tarif hébergement inclut 4 protections gratuites par jour.

Une cuisine ultra moderne est installée au sous sol afin d'y préparer sur place des repas élaborés spécialement pour des personnes handicapées: c'est "LE FACILE A MANGER".

Une des Hôtesse assume aussi un rôle d'INTENDANTE, surveillant la bonne marche de la cuisine et de la lingerie, instaurant une première démarche qualité (5eme mission).

Une bibliothèque est installée au premier et deuxième étage, des livres sont collectés auprès d'associations de récupération, qui viendront y faire de la lecture aux mal voyants.

Une "SALLE CLUB" décorée "à l'ancienne" servira de salle à manger privative aux familles désirant faire un repas de fête avec leur Résidant. Elle est gratuite, sur réservation, avec un menu spécial à choisir et à régler en sus du forfait hébergement. Elle bénéficie d'un personnel de service particulier, service de table de luxe, cloche sur assiette, vins fins.

Pour les nostalgiques de plats de luxe (sole meunière, pavé de bœuf, crustacés), une collecte d'information est effectuée au début du séjour et régulièrement pour quelques résidents, un déjeuner particulier sera organisé sans surcoût.

LA SECURITE

Le projet devra être réalisé en amont avec la collaboration des pompiers locaux afin de se placer d'emblée à un haut niveau de sécurité.

Il comportera des éléments de sécurité passive dans la création architecturale, porte coupe feu et matériaux de classe M1, des terrasses refuges à tous les étages, et des coursives extérieures permettant de passer facilement d'une zone à l'autre par l'extérieur.

Il comportera aussi des éléments actifs de détection incendie à la pointe de la technologie des années 90 et des extincteurs en nombre suffisant et judicieusement disposés.

Le personnel recevra une formation régulière à l'utilisation des systèmes.

LE PROJET DE REALISATION

Il est rédigé en une année avec un Architecte déjà rompu aux normes de sécurité en vigueur pour les cliniques, avec la collaboration des pompiers locaux.

Il concerne un établissement de type U en 1990, établissement habilité à recevoir du public.

Dans le même temps un terrain est recherché. Les communes sont réticentes à accueillir un établissement qui génère un surcroît de circulation routière, qui risque de provoquer du bruit. Certains maires essaient d'obtenir par nos soins et gratuitement la création d'une Poste, ou d'autres équipements. Un terrain se libère en face de mon cabinet médical dont mon architecte a charge de découpe pour la création d'un lotissement, le maire entrevoit les taxes qu'il va percevoir: LE VILLAGE va pouvoir se créer.

Il reste néanmoins une incertitude de taille: l'autorisation de création délivrée par la DASS et le Conseil Général. Le projet va devoir être peaufiné dans un domaine que l'on n'apprend pas à la fac de médecine: il devient PO-LI-TI-QUE !!!

- METHODOLOGIE

- établir un projet de fonctionnement de maison de retraite pour accueillir des personnes âgées dépendantes.
- trouver un terrain susceptible d'accueillir le projet.
- dessiner le projet architectural adapté au terrain et au fonctionnement
- obtenir l'agrément de la DASS

LE PROJET DE MAISON DE RETRAITE (rédigé en 1990)

La maison de retraite s'appellera " LE VILLAGE", en référence au Club Méditerranée.

Le projet comporte 4 volets:

- A- Les caractéristiques de l'établissement
- B- L'économie générale du projet
- C- La réponse aux besoins
- D- Les plans

Nous allons détailler ci-dessous les 4 volets.

A- Caractéristiques de l'établissement

1) La situation:

Canton de Perthes en Gâtinais
Commune de Boissise le Roi
Terrain de 7000 m² situé au cœur du village
Non loin des commerces locaux et près de l'école.
à 500 m de la Gare RER D de Boissise le Roi (Paris-Melun)
d'accès facile par l'autoroute du Sud et la N7

2) Les bénéficiaires

Les personnes âgées autonomes ou dépendantes

Les personnes âgées physiquement dépendantes

de provenance directe ou hospitalière dont l'état n'impose plus qu'une surveillance de type chronique

Personnes âgées dont le maintien à domicile s'avère dangereux pour elles ou leur entourage.

Les personnes âgées psychiquement dépendantes

Déments calmes en phase chronique dont l'état ne justifie plus le maintien en service de psychiatrie

Déments précoces de type Alzheimer ne pouvant être maintenus à domicile.

Autres cas

Malades en phase terminale nécessitant une assistance en fin de vie

Déficits sensoriels (visuel ou auditif) nécessitant une architecture et un matériel adaptés.

Personnes valides dont le pronostic d'autonomie laisse craindre une dégradation rapide. Le but étant d'éviter plusieurs allers-retours qui sont toujours des sources de désorientation.

L'accueil temporaire sera possible pour des vacances ou lorsque des problèmes de santé ponctuels se posent. Il s'agira alors de stimuler l'autonomie, ce qui permettra un retour facile au domicile.

L'accueil de personnes âgées de moins de 60 ans sera possible si l'état général du patient le justifie, désorienté, non voyant, sourd.

Conformément à la loi du 30 juin 1975 et au décret du 22 Novembre 1977 art 1er, l'établissement pourra comporter des lits de cure médicale dans une proportion et dans des conditions à fixer avec la DASS de Seine et Marne pour l'évaluation d'un forfait global annuel.

3) La capacité des différentes sections

La capacité totale sera de 82 lits répartis en:

78 chambres individuelles: soit 78 lits

2 chambres à 2 lits pour couple ou patient désirant une compagnie, ou pour des courts séjours d'une famille avec son parent: soit 4 lits.

La répartition par étage:

26 chambres individuelles au Rez de Chaussée, pour les patients nécessitant une surveillance constante.

Les premier et deuxième étage comporteront chacun 26 chambres individuelles et une chambre d'accueil à 2 lits. A chacun de ces deux étages seront aménagées 12 chambres communicantes deux à deux, pour des couples ou des amis.

B- L'économie générale du projet

1) Introduction

Le but de la maison de retraite LE VILLAGE est d'accueillir toute personne âgée ou dépendante désireuse de séjourner dans un établissement capable d'offrir des prestations médicales aussi bien que paramédicales et hôtelières de qualité dans le cadre d'un village reconstitué dans l'établissement.

La stimulation des pensionnaires sera réalisée grâce à la collaboration des différents membres de l'équipe soignante, assurant des soins physiques, une occupation ergothérapeutique, une rééducation orthophonique et kinésithérapeutique, permettant l'intégration des tous, enfin une dynamique de groupe entre les pensionnaires et un personnel motivé.

Des groupes d'activité seront organisés par affinités et possibilités psycho-physiques avec élaboration pour chacun des pensionnaires d'un "PLAN DE VIE" dès l'entrée dans l'établissement, permettant d'exploiter au maximum les ressources physiques et psychiques de chacun.

2) Définition du Village

- Concept

Implanter dans la cité un îlot de tranquillité.

Les personnes âgées ont besoin de se sentir insérées dans la vie sociale, elles recherchent aussi des repères de leur vie passée.

C'est tout l'intérêt de recréer un univers connu et rassurant, sous forme d'un village dans la ville.

- Réalisation

Il s'agit d'établir un lien entre le lieu d'habitation individuel (la chambre) et les zones d'activité communes. Ce lien est architectural et culturel. Il s'appellera Animation.

Au plan architectural, l'établissement est conçu comme un village:

Les couloirs sont des rues
Les zones de déambulations sont des Places
Les façades des chambres sont des maisons
Les lampes de couloir sont des lampadaires
Les zones d'activités sont traitées en boutiques.
Création de pôles d'attraction: poste, cinéma, horloge, blanchisserie.

Les matériaux employés et la décoration devront donner l'ambiance hospitalière et donneront des repères aux personnes âgées désorientées.

Le temps rythmera les animations qui assureront le lien culturel.

Animer dans le temps, c'est marquer les événements de la journée: du réveil au dîner, par des activités variées. Les anniversaires seront festifs avec gâteaux, petits fours. Des films seront réalisés afin que chacun en garde un souvenir et que les familles en profitent lors des visites.

Un journal relatera chaque mois les événements du Village et sera envoyé aux familles afin d'établir des liens. Son titre en sera "LE PETIT VILLAGEOIS".

Les activités d'animation quotidiennes sont intégrées dans le prix de journée:

- Télévision commune, cinéma interne, diffusion de musique.
- Bal, spectacles et concerts bénévoles
- Anniversaires et fêtes de jours fériés
- Sorties locales en minibus
- Prêt de salle pour réunion familiale
- Journal et accès vidéothèque pour les familles
- Le minigolf installé dans le parc.

Les collaborateurs du Village recevront une formation à l'animation. Il est aussi prévu l'intégration de bénévoles car le club 3ème âge local est particulièrement actif.

Des activités payantes seront organisées une fois par mois:

- Visites de châteaux et musées
- Circuits en car
- Promenades en forêt
- Des professionnels seront engagés pour un spectacle mensuel.

Les participations sont estimées à 100 Fr/mois/pers (1990).

D'autres activités seront à disposition des pensionnaires et réglées directement aux intervenants pour le coiffeur et les soins esthétiques.

L'espace créera des habitudes de vie:

- Poster son courrier le matin
- Se rendre au restaurant d'étage
- Se reposer sous la pergola
- Flâner dans les "boutiques" intérieures

Se rendre au cabinet médical, chez l'infirmière, voir la podologue
Aller se faire coiffer
Chercher son linge à la blanchisserie et y bavarder
Aider une voisine
Se rendre à l'office religieux le dimanche
Découvrir les environs en minibus
Accompagner les salariés chargés du petit ravitaillement dans la localité ou dans les zones commerciales proches.

Toutes ces activités rappelleront le temps de la vie active et ralentiront le processus de vieillissement.

L'animation est intégrée en permanence aux activités de la maison de retraite. Chaque employé est responsable d'une tâche particulière pour un certain nombre de pensionnaires par le suivi du "PLAN DE VIE" établi à l'entrée.

- Le But du Village

Ralentir le glissement vers la dépendance complète et, si possible, redonner une certaine indépendance.

Ceci peut être réalisé:

- En rassurant
- En créant des repères dans l'espace et le temps
- En stimulant les activités physiques et psychiques
- En valorisant les pensionnaires (Monsieur ou Madame)
- En motivant le personnel soignant sur des objectifs précis.

3) LE BATIMENT

Il respecte les recommandations de la notice sur l'action immobilière en faveur des personnes âgées édictée par la C.N.A.V.T.S.

- Le sous-sol

- cuisine
- lingerie
- bagagerie
- incinérateur à ordures
- atelier
- locaux techniques
- vestiaires du personnel
- sanitaires du personnel
- local poubelles
- réserve
- bureau de l'économe

réception des marchandises
galeries techniques
funérarium

- Rez-de-chaussée

28 chambres individuelles dont 2 avec balcon privé

chambres de 20 m²

Administration

accueil
comptabilité
direction
service social

service médical

bureau des médecins
pharmacie, préparation des soins
sanitaires
salle de kinésithérapie équipée
salle de soins individuels et de balnéothérapie avec sanitaires

Tisanerie

zone de mise en assiettes pour les repas arrivés de la cuisine en
bacs gastronormes.

Zones de détente

salon d'hiver, véranda
coin cheminée

Restaurant "brasserie"

tables rondes de 4 ou 6 conçues pour fauteuils roulants

Accès à la pergola par les baies vitrées coulissantes

Terrasse extérieure

Sanitaires pensionnaires

3 sanitaires adaptés
2 lavabos

Sanitaires visiteurs

2 sanitaires avec lavabos

Hall de déambulation adapté par la largeur et sa décoration

Circuit de déambulation intérieur/extérieur abrité sous la pergola.

- Premier étage

28 chambres individuelles

salle de bains d'étage

Baignoire centrale à porte d'accès
lit douche mobile
toilettes surélevées

Tisanerie

Infirmierie d'étage

salle à manger avec baies vitrées

Bibliothèque

Salon de télévision-cinéma avec balcon

Salon de coiffure et d'esthétique

Salon de pédicurie

Chambre d'accompagnant à 2 lits avec salle de bains et toilettes

3 sanitaires publics

Circuit de déambulation intérieur-extérieur par la terrasse et les balcons filants.

- Deuxième étage

Identique au premier étage

- Eléments de communication

1 escalier principal avec rampes adaptées

1 ascenseur monte-charge pour les chariots

1 ascenseur pour les personnes

2 escaliers extérieurs de secours

- Eléments de sécurité

Alarme individuelle en tête de lit dans chaque chambre

Alarme individuelle dans chaque salle de bains

Centralisation des alarmes à l'accueil du rez-de-chaussée et visualisation à chaque étage dans les parties communes

Témoin lumineux et sonore au dessus de chaque porte de chambre dans les couloirs.

Détection incendie sur l'ensemble du bâtiment.

- Surveillance vidéo:

1 caméra par couloir d'étage, soit 2 caméras par étage.

Monitoring situé à l'accueil avec visualisation de chaque caméra au choix du personnel de garde ou scanning automatique de quelques secondes par caméra.

- Personnel concerné par la sécurité

Tout le personnel, en particulier les 3 personnes de garde la nuit et une infirmière d'astreinte téléphonique.

- Equipements participant à la sécurité

Rampes d'escalier ergonomiques

Rampes de déambulation dans les couloirs et les zones de déambulations intérieur-extérieur à chaque étage.

Barres d'appui dans les toilettes et les salles de bains.

Absence de décrochements de sol par étages.

Bac de douche sans rebord avec sol légèrement décliné avec écoulement sous grille de sol.

4) LES EXTERIEURS

- Restaurant d'été

Sur une terrasse bordant le restaurant intérieur "Brasserie" et communiquant par des baies vitrées mobiles sur glissières.

- La zone de promenade autonome:

Le parc engazonné et arboré est parcouru de chemins bordés de bancs de repos. Un kiosque à musique et quelques éléments de golf miniature seront installés, ils permettront de créer un attrait à la visite pour les enfants.

- La zone de promenade accompagnée:

Le petit bois attenant à l'établissement sera aménagé afin de permettre une promenade sans risque.

5) LES SERVICES

- Médicaux:

Assuré par les médecins libéraux de l'établissement, choisi par le patient ou sa famille, il contribue à l'élaboration du "PLAN DE VIE".

Recours aux spécialistes libéraux de ville si nécessaire.

- Paramédicaux:

Les soins infirmiers sont assurés par les infirmières de l'établissement, sous la direction de la surveillante générale.

Les aides-soignantes aident les infirmières lors des soins de nursing.

Les soins de kinésithérapie sont assurés par les 2 kinésithérapeutes libéraux attachés à l'établissement.

Stimulation psychomotrice par l'orthophoniste et l'ergothérapeute.

- Hôtelier:

Chambre confortable de 20 m²

Salle de bain individuelle adaptée aux personnes âgées dépendantes:

alarme
siège WC surélevé
surface de rotation pour fauteuil roulant
bac à douche sans rebord
miroir pied entier

Lits ajustables en hauteur avec adaptation possible de barrières de protection.

Fenêtre à allège basse pour une vue facile sur l'extérieur.

Décoration soignée sous forme de village avec étages personnalisés pour lutter contre la désorientation.

Repas pris en commun par petits groupes pour éviter l'isolement en chambre. L'établissement dispose de 3 restaurants différemment décorés:

menus adaptés aux personnes âgées
réalisés par une société de cuisine travaillant dans la cuisine de l'établissement.

service traditionnel, plat par plat, de l'entrée au dessert, permettant d'éviter la prise systématique et unique d'hydrates de carbone et favorisant l'absorption de nutriments protéiques

chaque tablee sera présidée par un membre du personnel qui veillera à l'équilibre alimentaire de chacun selon le principe de la "maitresse de maison des CANTOUS".

Soins d'esthétique et de coiffure assurés par des professionnels, présents une fois par semaine dans leur "boutique" mise à leur disposition et équipée par le Village.

Animation par l'équipe soignante et participation mensuelle de professionnels.

Promenades en minibus dans les environs.

6) LE PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT

- le personnel salarié:

Direction

1 directeur, médecin généraliste, gériologue, coordinateur médical.
Rôle de gestion et gardes, non prescripteur dans l'établissement.

1 directeur adjoint, infirmière DE, ex directrice de centre de santé
Rôle de chef du personnel et relations avec les familles des pensionnaires.

Maitrise

1 surveillante générale, infirmière DE, école des cadres, surveillante en gériatrie de l'AP, qui sera responsable des soins infirmiers, des gardes et des animations.

Econome

Comptable, commandes et réception des marchandises.
Relation avec les fournisseurs, surveillance de la cuisine et de la qualité des repas.

Le personnel

Infirmières salariées, ne sont prévues que dans le cadre d'une médicalisation de l'établissement, au nombre de 3, elles assurent les soins et sont animatrices de CERCLES DE QUALITE.

Les aides soignantes

12 sont prévues en non médicalisé

15 sont prévues dans l'option de médicalisation

Elles assurent l'aide au nursing de base, les toilettes, les changes, la prévention des escarres et de l'incontinence.

La garde de nuit est assurée par 3 d'entre-elles par roulement.

Les femmes de ménage au nombre de 6

Elles aident au repas en dehors de leur poste de ménage.

Une lingère a la gestion du linge de corps, elle procède au ramassage du linge sale, du lavage et de la distribution du linge propre.

Un homme d'entretien doit assurer l'entretien du matériel, prévenir les pannes, jardiner, conduire le minibus, surveiller la chaufferie, assurer les relations techniques avec les entreprises.

Les hôtesse réceptionnistes seront deux, elles répondent au téléphone, renseignent les visiteurs et les résidents et participent à l'animation en assurant tous les jours une REVUE DE PRESSE.

Une comptable secrétaire.

Soit 27 employés plein temps en NON MEDICALISE

Soit 33 employés plein temps en MEDICALISE

- Le personnel libéral

Cardiologue intervenant si besoin et pour une consultation annuelle par patient.

4 médecins libéraux gériatres, choisis par le patient ou les familles. Soit un médecin pour 20 patients, assurant une visite régulière et une permanence téléphonique avec gardes par roulement.

Infirmières libérales (cas non médicalisé).

7 infirmières intervenantes, soit une infirmière pour 7 patients, assurant les soins divers et le nursing.

Les kinésithérapeutes seront deux, disposant d'un plateau technique adapté aux personnes âgées, présents quotidiennement, exerçant sur prescription médicale individuelle en fonction des besoins et capables d'intervenir pour des soins urgents (clapping).

Orthophoniste, interviendra sur prescription médicale.

Ergothérapeute, attaché à l'établissement sous formes de vacations.

Coiffeur assurant une présence hebdomadaire
Esthéticienne assurant une présence hebdomadaire.

Pédicure-Podologue assurant une présence hebdomadaire

Soit 45 personnes intervenant en NON MEDICALISE
Soit 44 personnes intervenant en MEDICALISE

- Remarques:

Le Médecin Directeur n'est pas prescripteur dans l'établissement sauf en cas de force majeure (urgence vitale en l'absence du médecin traitant).

Il n'est pas prévu de Médecin intervenant salarié afin de respecter le libre choix du médecin par le patient ou la famille.

Le VILLAGE ou sa direction ne perçoivent aucune rétrocession d'honoraires de la part des intervenants libéraux.

Le VILLAGE donne à bail aux Kinésithérapeutes le local à usage kinésithérapique.

C- REPOSE AUX BESOINS

1- BESOINS NATIONAUX

- 13% de la population générale en 1990 à plus de 65 ans

- parmi les personnes de plus de 65 ans:

5% sont démentes

20% sont dépendantes

24% des femmes de plus de 75 ans ont un handicap majeur (le plus souvent oculaire)

(source : enquête COLVEZ 1979-80 INSERM U 164)

2- BESOINS DEPARTEMENTAUX

- Le département de Seine et Marne compte 900 000 habitants:

14% ont plus de 60 ans soit : 130 000 personnes
5% ont plus de 75 ans soit: 46 500 personnes
10% ont plus de 65 ans soit: 90 000 personnes, dont:
5% sont déments: 4500 personnes
20% sont dépendant: 18 000 personnes

il est nécessaire de prendre 18 000 personnes âgées en charge dans le département de Seine et Marne.

3- BESOINS LOCAUX

- rappelons que le projet se situe sur la commune de BOISSISE LE ROI dans le canton de PERTHES EN GATINAIS.

- démographie cantonale:

La population du canton est de 42 000 habitants environ, dont:
12% de PA>60 ans = 5000 PA
10% de PA>65 ans = 4000 PA
5% de PA>75 ans = 2000 PA
1% de PA >85 ans = 400 PA

- démographie du village de Boissise le Roi

4000 habitants dont la répartition par âge est sensiblement identique à la celle du canton.

- Les établissements d'hébergement existants dans le canton:

LA FORESTIERE à ARBONNE
62 lits
accueil de patients valides, sans section de cure médicale

LE CASTEL NAZARETH à Boissise le Roi
12 lits
accueil de patients valides, sans section de cure médicale
recrutement exclusivement féminin, de confession catholique.

LES 3 SOLEILS à Boissise le Roi
120 lits
rééducation fonctionnelle

RESIDENCE VILLERS à Saint-Fargeau-Ponthierry
55 lits
accueil de valides et invalides, sans section de cure médicale.

LES HEURES CLAIRES à Ponthierry

69 logements
accueil de valides
foyer-logement

Soit un total de 318 lits
0 lits de section de cure médicale
soit un accueil de 0.5% de la population des PA de plus de 75 ans.

- statistiques nationales

le rapport de Nov 1988 de la direction du plan, établi par Madame DUREUX-BROUILLAUD et Madame GRASSET relève que:

les indices de besoins en lits de long séjour pour PA dépendantes sont pour la région Ile de France de 55 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans.

les besoins rapportés au seul canton de PERTHES sont donc évalués à 110 lits de long séjour où de section de cure médicale (SCM)

- statistiques locales

Le taux d'équipement pour 1000 PA dans le canton de PERTHES est de 119.

L'analyse du rapport EHPA 86 de la DRASS Ile de France du 22 septembre 1988, fait ressortir la place de la Seine et Marne sur les 8 départements de la Région Parisienne:

5ème en nombre d'établissements pour PA

4ème dans l'hébergement en chambre des PA

8ème en place installée de SCM

7ème en place installée de médicalisation de maison de retraite

6ème pour le taux d'encadrement du personnel dans les maisons de retraite et foyer-logement avec ratio personnel/lit de 37.2%

4ème dans l'hébergement de PA invalides .

1ère dans l'hébergement des PA valides.

4- PREVISIONS

- Les PA de plus de 65 ans représentent actuellement (en 1990), 13% de la population française.
- Les prévisions pour 2000 envisagent un chiffre de près de 1 million de PA de plus de 85 ans.
- Parmi les PA de plus de 75 ans on note:

Chez les Hommes:

42.6% de valides
52.4% de handicaps légers
5% de handicaps majeurs

Chez les femmes

22.5% de valides
52.4% de handicaps légers
24% de handicaps majeurs

- les handicaps principaux sont

psychologiques, surtout démences
sensoriels: déficit visuel ou auditif
déficit moteur
incontinence

- Les handicaps sont influencés par :

l'isolement
le sentiment de solitude
un niveau socio-culturel bas

- La réduction des facteurs aggravant les handicaps va diminuer le coût global des personnes dépendantes.

- Des structures adaptées permettant de réduire ces facteurs vont faire économiser des sommes substantielles aux organismes sociaux.

5- AVIS DES PROFESSIONNELS LOCAUX

- Aides ménagères:

de nombreux vieillards font appel à leur services.

il s'agit d'aider des gens valides avec peu de dépendances.

L'aide apportée est efficace mais trop brève dans la journée.

de nombreux actes de la vie quotidienne pourraient être aidés comme la toilette, la préparation des repas, le ménage, la promenade accompagnée, la préparation à la nuit et le coucher. La nuit les PA sont seules.

- Les Médecins:

éprouvent des difficultés à trouver des places d'hébergement pour leurs personnes âgées dépendantes (PAD).

estiment que les conditions de vie des PAD dans les établissements d'hébergement actuels sont souvent sommaires et qu'il existe un besoin d'animation.

- les Infirmières:

ont des difficultés à assurer les soins de leur clientèle libérale et à s'occuper de soins de nursing en ville. Elles estiment souvent que ce soin devrait être assuré par des aides-soignantes.

Les infirmières intervenant en maison de retraite pensent que les conditions de travail sont souvent précaires (absence de baignoires ergonomique, de soulève malades, d'aides pour manipuler les résidents).

- Les établissements concernés par l'hébergement des PA

Les services de "long séjour" hospitaliers:

ont un pris de journée élevé (400 Fr pour les SCM en 1990)

ils manquent de personnel spécialisé

pas encore tous "humanisés"

pas d'effort de décoration originale

trop médicalisés, ambiance hospitalière

peu ouverts sur l'extérieur

Les maisons de retraite agréées par la DASS

prix de 250 à 400 Fr (1990)

locaux de type clinique

absence d'animation

pris élevé compte tenu des services rendus

mais personnel souvent motivé

- Les maisons d'accueil diverses

Prolifération de maisons d'hébergement "sauvages" non contrôlées, créées et dirigées par des gens sans compétence gériatrique, réalisant une hôtellerie du 3ème âge sans en connaître les particularités ni les besoins spécifiques.

souvent réalisées dans des locaux mal adaptés (hôtels de type IBIS reconvertis ou vieux manoirs inadaptés). Ils accueillent les listes d'attente des maisons de retraites de bonne qualité.

Dans la région Parisienne existe une liste d'attente de 1500 à 1800 PAD aboutissants à une moyenne d'attente de 2 ans (Le Figaro Magazine du 08/08/1988).

Le journal "la maison du 3ème Âge", relevait le manque cruel de place pour les déments âgés.

7 - COMMENTAIRES

- l'avis des professionnels locaux fait ressortir une insuffisance de la prise en charge des PAD

- L'étude de l'offre locale montre le manque d'établissements adaptés à l'accueil des PAD et le trop grand nombre d'établissements ne présentant pas les garanties de soins nécessaires avec absence de soins coordonnés et d'animation.

- L'étude statistique à l'échelle de la région parisienne fait ressortir:

Un nombre important de lits pour PA valides mais insuffisant pour les PA invalides (Seine et Marne).

Le faible nombre de PA retournant chez-elles après un séjour en maison de retraite en raison d'une carence en soins et en animation ne permettant pas le maintien ou le rétablissement de l'autonomie (incontinence).

Le ratio personnel/lit en Seine et Marne est de 37.2% alors que dans la maison de retraite "LE VILLAGE" il sera de 42% dans le cas d'une médicalisation de l'établissement.

Le ratio passe à 56% dans le cas d'un fonctionnement avec infirmières libérales, soit largement supérieur à tous les ratios d'Ile de France.

Les chiffres statistiques enfin n'indiquent pas la qualité d'accueil et des soins prodigués. Il n'existe pas d'échelle d'évaluation objective.

D - AUTORISATION DE LA CONSTRUCTION

Après présentation à Mme COUILLEREAU, la directrice des services de la DASSMA de Seine et Marne et après quelques entretiens et demandes de précisions, le projet a reçu l'autorisation de construction.

L'architecte Mr BOETHAS, mandaté (et non encore payé), pût enfin commencer son travail d'adéquation entre le cahier des charges requis et l'architecture nécessaire du bâtiment en fonction du terrain acheté peu de temps auparavant.

Nous déposons fin septembre 1991 les plans avec la demande de permis de construire à la mairie de Boissise le Roi. Le permis était accordé 3 mois plus tard.

Il nous fallut 3 mois pour trouver l'entreprise de taille nécessaire à la construction d'un édifice de 5 étages, 4000 m² de surface: l'entreprise HANNY pouvait construire en une année et elle le fit. Nous inaugurons l'établissement le 01 juin 1992 en accueillant nos 15 premiers pensionnaires.

- RESULTAT

- 1) L'ARCHITECTURE

La forme de V du bâtiment avec les zones communes au centre et les chambres dans les branches du V s'avérèrent très pratiques. Les pensionnaires pouvaient facilement identifier leur secteur.

Les chambres, grandes pour l'époque, furent appréciées par les Résidents, leurs familles et le personnel. L'espace général évitait le fermement assez général de ce type d'établissement. L'équipement des salles de bain facilitait le travail des aides soignantes et les douches "à l'italienne" évitaient les chutes.

Les BOW WINDOWS installés en bout de couloir apportaient de la lumière. Il fallut simplement y disposer des arbustes pour éviter le vertige aux résidents.

Les zones de déambulations extérieures étaient très utilisées par beau temps. Elles furent aussi très appréciées des Pompiers lors de leurs exercices d'évacuation annuels. Nous devînmes MAISON PILOTE pour l'entraînement des casernes locales.

Les colonnes de linge sale qui permettaient de "jeter" des étages les sacs directement en lingerie du sous-sol furent rapidement interdites par les nouvelles règlementations, nous dûmes descendre le linge avec des chariots adaptés.

Les chambres réservées aux familles accompagnantes et les bibliothèques du premier et deuxième étage, inutilisées, furent

reconverties après autorisation d'extension, en 10 chambres supplémentaires, ce qui porta la capacité à 92 lits.

Les terrasses abritées furent très appréciées aux 3 étages d'hébergement et considérées comme un véritable luxe.

Les baies vitrées toute hauteur apportaient une excellente luminosité, atténuée par les teintes plus sombres des murs intérieurs (le décorateur canadien Mr LAPARADE avait reconstitué les intérieurs des précédentes décennies ce qui rassuraient pensionnaires et familles).

La cheminée du rez de chaussée, était le lieu de réunion de la REVUE DE PRESSE quotidienne.

Le parcours de GOLF MINIATURE permettait aux petits enfants de visiter Papy ou Mamy sans grande réticence.

Le terrain de boules devenait le lieu de parties acharnées.

Des tisaneries et infirmeries ouvertes " à l'américaine", le personnel pouvait facilement surveiller les pensionnaires. Les pauses-café étaient plus brèves.

Le funérarium a été supprimé en raison des contraintes administratives et techniques. Une entreprise funéraire fut contactée, elle acceptait de venir chercher les Résidents décédés, dans le délai légal.

2) LE PERSONNEL

Recruté comme convenu

La direction générale est assurée par le Docteur VASSEUR, récemment diplômé en gériatrie.

Une assistante de direction est recrutée en la personne d'une assistante sociale quittant un hôpital de gériatrie local.

La surveillante Générale est rapidement remplacée par une infirmière à qui l'on fait passer un diplôme d'économie de la santé et dont la mission principale sera d'être responsable qualité.

2 Hôtesse assurent accueil et animation. Elles ont aussi un rôle dans la surveillance du planning.

3 infirmières ont chacune la responsabilité d'un étage, la 4ème assure les remplacements. Elles sont salariées.

4 aides soignantes par étage assurent les soins

4 ASH par étage assurent ménage et aide aux repas

1 homme d'entretien effectue les petites réparations

1 lingère s'occupe des vêtements des pensionnaires. Le linge plat est traité par une société extérieure.

Des intervenants extérieurs sont engagés: podologue, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue.

Des commerçants entrent dans l'établissement: une coiffeuse loue un local que nous aménageons et qu'elle utilise 2 jours par semaine, une esthéticienne vient 1 j par semaine.

3) LES RESIDANTS ET LES FAMILLES

LES RESIDANTS

Le "Plan de Vie" organisé dès l'arrivée du Résident précède l'actuel "Projet de Vie" que doit élaborer le médecin Coordonateur. Il permet de mieux connaître le Pensionnaire.

Des résidants dont l'autonomie s'est améliorée repartent à domicile un temps puis reviennent dans l'établissement

LES FAMILLES

Les familles sont satisfaites de pouvoir consulter la direction sans rendez-vous et de visiter le Pensionnaire sans horaire pré établi.

Les familles peuvent organiser des repas de famille dans la "Salle Club"

DISCUSSION

L'exploitation de cette maison de retraite conçue en 1990, devenue EHPAD après signature de la convention tripartite signée en 2000 a été facilitée par la cohérence d'élaboration du projet d'établissement réalisé par un médecin gériatre

Et le projet architectural conçu par un architecte connaissant déjà les normes en vigueur dans la construction de cliniques.

-La gestion des Résidants, le cœur de notre métier, est relativement facile, tant au plan médical qu'au plan hôtelier.

-La gestion des familles est plus compliquée car très liée à l'histoire des relations entre parents, enfants et à la composition de la fratrie.

-La gestion des relations avec les autorités de tutelles dépendait avant 2000, exclusivement de la direction d'établissement. Depuis l'intégration des médecins coordinateurs, elle dépend beaucoup de la qualité de leur travail.

Les 13 missions du médecin coordinateur interviennent beaucoup dans la gestion générale d'un EHPAD. Le temps de présence du médecin coordinateur est par contre très limité. Il doit aussi souvent se partager entre son temps de coordination rémunéré et un temps de soins qui ne l'est pas toujours.

-La gestion de la sécurité de l'établissement (détection incendie, sécurité alimentaire, sécurité des soins, bureau de contrôle) devient un élément crucial dans le fonctionnement de l'EHPAD, il implique beaucoup de personnel et de temps passé et de travaux permanents de mises aux normes, c'est le poste le plus couteux après le poste ressources humaines.

-La gestion financière de l'EHPAD, dépend aussi pour une grande part du travail du médecin coordinateur car l'établissement sera doté en subventions, en fonction de la bonne cotation PATHOS que le médecin coordinateur devra défendre devant l'ARS.

CONCLUSION

L'EHPAD reste un élément incontournable de la société

Il permet d'assurer aux personnes âgées dépendantes une fin de vie digne.

L'aide à domicile trouve rapidement ses limites lorsque la personne est confrontée à des multiples pathologies.

Les statistiques montrent que les établissements d'accueil seront encore plus nécessaires dans l'avenir.

L'ESPERANCE DE VIE

Ne cesse d'augmenter:

Pour les hommes à 60 ans: gain de 2.9 années en 18 ans

Pour les femmes à 60 ans : gain de 2.2 années en 18 ans

Les hommes rattrapent les femmes dans l'espérance de vie à partir de 60 ans.

Espérance de vie à divers âges, France hors Mayotte

Année	Espérance de vie des hommes (en années)					Espérance de vie des femmes (en années)				
	à 0 an	à 1 an	à 20 ans	à 40 ans	à 60 ans	à 0 an	à 1 an	à 20 ans	à 40 ans	à 60 ans
1994	73,6	73,1	54,6	36,3	19,7	81,8	81,3	62,6	43,3	25,0
1995	73,8	73,2	54,7	36,3	19,7	81,9	81,2	62,5	43,2	24,9
1996	74,1	73,5	54,9	36,4	19,7	82,0	81,4	62,6	43,3	25,0
1997	74,5	73,9	55,3	36,7	19,9	82,3	81,6	62,9	43,5	25,2
1998	74,7	74,1	55,5	36,8	20,0	82,4	81,7	63,0	43,6	25,3
1999	74,9	74,3	55,7	37,0	20,2	82,5	81,8	63,1	43,7	25,3
2000	75,2	74,6	56,0	37,2	20,4	82,8	82,1	63,4	43,9	25,6
2001	75,4	74,8	56,2	37,4	20,6	82,9	82,2	63,5	44,0	25,7
2002	75,7	75,1	56,4	37,6	20,8	83,0	82,3	63,6	44,1	25,8
2003	75,8	75,2	56,5	37,6	20,8	82,9	82,2	63,5	44,0	25,6
2004	76,7	76,0	57,3	38,4	21,5	83,8	83,1	64,4	44,8	26,5
2005	76,7	76,0	57,4	38,4	21,4	83,8	83,1	64,3	44,8	26,4
2006	77,1	76,5	57,8	38,8	21,8	84,2	83,5	64,7	45,1	26,7
2007	77,4	76,7	58,0	39,0	21,9	84,4	83,6	64,8	45,3	26,9
2008	77,6	76,9	58,2	39,1	22,0	84,3	83,6	64,8	45,2	26,8
2009	77,7	77,1	58,3	39,3	22,2	84,4	83,7	64,9	45,3	27,0
2010 (p)	78,0	77,3	58,6	39,5	22,4	84,6	83,9	65,1	45,5	27,1
2011 (p)	78,4	77,7	59,0	39,9	22,7	85,0	84,3	65,4	45,8	27,4
2012 (p)	78,4	77,8	59,0	39,9	22,6	84,8	84,1	65,3	45,7	27,2

(p) résultats provisoires à fin 2012.

Champ : France hors Mayotte

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

LA DEPENDANCE

1% par an en moyenne, telle est la prévision de croissance du nombre de personnes âgées dépendantes jusqu'en 2040. Le rapport pose la question du financement des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance, sur la base notamment de deux autres rapports, l'un émanant de la Cour des comptes sur « Les personnes âgées dépendantes » (novembre 2005) et l'autre du Centre d'Analyse Stratégique intitulé « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » (juin 2006).
"la documentation française"

GISSEROT

Hélène, GRASS

Etienne

Le besoin en établissements d'accueil pour personnes âgées ne va cesser de croître, leur qualité s'améliore régulièrement. L'EHPAD LE VILLAGE DE BOISSISE LE ROI à participé à l'amélioration de qualité de cette nouvelle génération d'établissement.

L'aventure s'arrête pour moi puisqu'à l'approche de mon départ à la retraite, après 21 ans de direction de cet établissement, conjointement aux soins que je prodigue dans une MAS à des tétraplégiques trachéotomisés sous respirateur et à mon activité de médecin généraliste dans un cabinet de groupe, je viens de céder "LE VILLAGE" au groupe "ORPEA", qui va sans aucun doute faire évoluer cet EHPAD vers les nouvelles normes qui viendront encore enrichir la prise en charge des personnes âgées.