

**La création d'un lieu de vie intergénérationnel :
une réponse à l'isolement des résidents en Établissement d'Hébergement des Personnes
Âgées Dépendantes**

Sommaire

1. Introduction	1
2. La Fondation Saint-Jean de Dieu, ses valeurs, ses missions	2
2.1. <i>La Fondation Saint-Jean de Dieu</i>	2
2.2. <i>Les valeurs de la Fondation</i>	3
2.3. <i>Les missions de l'EHPAD Saint-Barthélemy</i>	3
2.4. <i>La pathologie psychiatrique</i>	4
2.5. <i>La neuro-dégénérescence</i>	5
2.6. <i>La dépendance</i>	5
3. Le Diagnostic	6
3.1. <i>L'accueil des populations vieillissantes</i>	6
3.2. <i>L'isolement et la rupture chez la personne âgée en EHPAD</i>	9
3.3. <i>L'exclusion sociale des personnes âgées malade psychiquement</i>	14
3.4. <i>Les politiques publiques sur la solitude et l'isolement</i>	18
3.5. <i>Travaillons l'intégration !</i>	20
4. Le projet Intergénérationnel	25
4.1. <i>Le « Pré-projet »</i>	26
4.2. <i>Phase 1 : Communiquer autour du projet</i>	27
4.3. <i>Phase 2 : Constitution des équipes</i>	30
4.4. <i>Phase 3 : Étude et conception de pré-projet</i>	33
4.5. <i>Phase 4 : Un Centre aéré intergénérationnel – Faisabilité ou conte de fée ?</i>	36
4.6. <i>Phase 5 : Le budget prévisionnel</i>	40
4.7. <i>Phase 6 : Présentation au COPIL</i>	44
4.8. <i>Phase 7 : L'évaluation du projet</i>	46
5. Conclusion	50

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES

1. Introduction

Le 14 décembre 2012, le projet de « *Mobilisation Nationale de Lutte contre l'Isolement des Personnes Âgées (Monalisa)* » est lancé par Michèle DELAUNAY, Ministre Déléguée auprès de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Chargée des Personnes Âgées et de l'Autonomie. L'objectif est de lutter contre l'isolement des personnes âgées en mettant tous les acteurs (famille, voisins, amis, professionnels de la santé,...) en interaction. Le but étant que chaque citoyen doit se sentir concerné par cette lutte et de jouer un rôle dans la reprise des liens sociaux de proximité et de solidarité.

Début avril 2013, Michèle DELAUNAY rappelle l'importance de « *Lutter contre l'isolement des personnes âgées* » après la découverte de deux personnes âgées, dans deux quartiers différents, retrouvées mortes à leurs domiciles à Toulouse. Pour l'une, cette mort remonterait à 2010. Ni son absence, ni ses volets fermés, ni le courrier s'accumulant dans sa boîte aux lettres n'ont alertés ses voisins.

Ces évènements tragiques ne sont pas des phénomènes isolés. Cette solitude et cet isolement existent réellement, même en Etablissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), comme j'ai pu l'observer lors des funérailles d'un résident. A ce moment-là, il n'y avait pas de familles auprès de lui. Les seules personnes présentes étaient des résidents de l'établissement et le personnel soignant de l'unité où il vivait. Après m'être entretenue avec les équipes d'Aides-Soignantes à ce sujet, les équipes me confirment unanimement que c'est très fréquent lorsque les résidents décèdent. Très peu de résidents reçoivent la visite de leurs familles ou d'amis extérieurs et que les seuls amis restant ne sont autre que les résidents de l'unité du défunt. Cette situation affecte sérieusement les résidents car cela les projette dans leur propre réalité à savoir : la peur de mourir seul.

Le fait qu'un résident puisse mourir dans la plus grande solitude invite à un questionnement général sur la solitude, la rupture familiale et la prise en compte au sein de l'EHPAD de cette situation.

Le cadre de ce mémoire projet se pose au sein de l'Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) St-Barthélémy, Fondation St-Jean de Dieu à Marseille 14^{ème}. Je me positionne en tant que Cadre Intermédiaire afin de travailler en corrélation avec les différentes unités de vie de l'institution. Pour comprendre le phénomène de solitude et de

rupture familiale, je suis allée à la rencontre des résidents de chaque unité, des professionnels de santé ainsi que les animateurs et l'équipe de Direction. Dans un premier temps, j'ai fait un apport théorique sur les fondements de mon projet et dans un second temps, j'ai recueilli des données quantitatives que j'ai enrichi avec des entretiens qualitatifs afin d'appuyer les constats mis en évidence. Les réponses à ces différents points cités précédemment s'articulent autour de 2 axes.

Le premier axe consiste à établir un diagnostic sur la rupture et l'isolement de la personne âgée en abordant plusieurs thèmes tels que l'accueil des populations vieillissantes, en enquêtant auprès des résidents pour connaître leur vécu, en réfléchissant sur l'exclusion sociale du résident à pathologie psychiatrique, du contexte légal existant pour lutter contre ce phénomène d'isolement et comment travailler sur l'intégration sociale.

Le deuxième axe consiste à élaborer un projet. Après avoir démontré l'utilité de créer un lieu de vie intergénérationnel, je mettrai en place un projet qui sera analysé en 7 phases. Dans un premier temps, je présenterai le diagnostic à l'ensemble des instances représentatives de l'établissement, puis dans un second temps, je constituerai des équipes de travail pour réfléchir à une solution intergénérationnelle. Enfin, j'analyserai la faisabilité et la viabilité du projet à travers un budget prévisionnel et une évaluation du projet, de la structure et de ses effets positifs et négatifs à court, moyen et long termes.

2. La Fondation Saint-Jean de Dieu, ses valeurs, ses missions

2.1. La Fondation Saint-Jean de Dieu

Jean de Dieu, est né en 1495 au Portugal. Un jour de 1536, il écoute une prédication qui le bouleverse et c'est la conversion. Il parcourt les rues de la ville en criant « *Miséricorde ! Miséricorde !* », il arrache ses vêtements et se roule dans la boue. Il est alors enfermé à l'hôpital Royal de Grenade. Il connaît le sort des malades mentaux de l'époque : jeûne, coups fouets, jets d'eau glacée... pour chasser le mal. C'est à ce moment que naît sa vocation. Il décide de passer le reste de sa vie à secourir ceux qu'il a côtoyés à l'hôpital Royal : paralytiques, vagabonds, prostituées, et surtout malades mentaux. Il meurt le 8 mars 1550 et ses compagnons vont très vite se réunir pour fonder l'Ordre Hospitalier des Frères de Saint Jean de Dieu. En 1586, le Pape Sixte V élève la Congrégation au rang d'Ordre religieux. Jean de Dieu est canonisé en 1690, déclaré patron des malades et des hôpitaux en 1886 et protecteur des infirmiers et infirmières en 1930.

Aujourd'hui, l'Ordre Hospitalier est présent sur les cinq continents, les frères y ont fondés des hôpitaux, des maisons de santé, des centres de réhabilitation, des accueils de nuit, des écoles de formation... En France, 6 structures ont vu le jour au 19^{ème} siècle et sont toujours actives à ce jour¹.

2.2. Les valeurs de la Fondation

L'hospitalité est la valeur fondamentale de la Fondation qui se décline et se concrétise dans les concepts de qualité, de respect, de responsabilité et de spiritualité. Cinq valeurs repères pour la mission des établissements et de leurs collaborateurs au service des malades et des pauvres. Cinq valeurs qui renforcent l'unité de tous ceux qui collaborent à la mission d'hospitalité pratiquée par saint Jean de Dieu.

- La valeur de l'hospitalité : c'est garantir à tous un égal accès aux soins, un accueil et une prise en charge adaptés à ses besoins et à ceux de son entourage.
- La valeur de la qualité : la recherche de l'excellence, du professionnalisme, de la prise en charge globale de chaque patient, de l'attention aux nouveaux besoins.
- La valeur du respect : c'est traiter la personne accueillie et ses proches avec humanité, équité, tolérance et discrétion.
- La valeur de la responsabilité : une bonne connaissance de ses compétences, de ses capacités et de ses limites pour agir au mieux au service de la personne accueillie.
- La valeur de la spiritualité : C'est pour le soignant assumer la nature spirituelle de la personne qu'il accompagne.

2.3. Les missions de l'EHPAD Saint-Barthélemy

L'EHPAD St-Barthélemy à Marseille 14^{ème}, géré par la Fondation St-Jean de Dieu, a été fondé en 1852 par le Père de Magallon au moment de la restauration de l'Ordre hospitalier de Saint Jean de Dieu en France. Il acquit une bastide à Saint Barthélemy (quartier de Marseille) qui

¹ Cf. Annexe 1 « Histoire de la Fondation Saint-Jean de Dieu » page 53 à 55

devient un asile pour pauvres vieillards au fil des années. Elle est aujourd'hui une vaste Maison de Retraite Médicalisée agréée à l'Aide Sociale. Cette maison est passée de 87 résidents à son ouverture en 1852, à 250 aujourd'hui. Ces hommes et ces femmes âgés de plus de 60 ans sont accueillis au sein de 5 unités sectorisées : géronto-psychiatrie, anciens SDF âgés, maladies neuro-dégénératives, malades psychiques stabilisés et frères âgés.

La capacité d'accueil de l'établissement est de 250 résidents répartis dans 5 services soins :

- Unité St-Benoit : psychiatrie et religieux (80 lits)
- Unité St-Richard : géronto-psychiatrie (47 lits)
- Unité St-Joseph : maladie neuro-dégénérative (54 lits)
- Unité St-Roch : service dédié à l'errance (30 lits). C'est la seule unité de France à accueillir des personnes âgées issues de la rue.
- Unité Magallon : unité de gérontologie classique (40 lits)

Les spécificités du public accueilli dans cet établissement méritent quelques précisions quant aux différents termes employés dans l'énumération des unités. En tant que professionnel, nous avons conscience des représentations que le public extérieur peut avoir sur les représentations concernant les différentes pathologies gériatriques. Voici un aperçu des différentes définitions des pathologies² de l'établissement.

2.4. La pathologie psychiatrique

La pathologie psychiatrie³ ou maladie psychique, est une maladie mentale qui provoque des perturbations faibles ou graves dans la pensée et/ou dans les comportements. Cela provoque une incapacité à faire face aux exigences et aux routines ordinaires de la vie. Il existe plus de 200 sortes de maladies mentales classifiées. Parmi les troubles les plus communs il y a : le trouble bipolaire, la démence, les troubles déficitaires de l'attention, l'anxiété, la névrose phobique et obsessionnelle, l'hystérie, les bouffées délirantes, la psychose, la confusion mentale, la paranoïa,.... Les symptômes peuvent inclure des changements d'humeur, de personnalité, d'habitudes personnelles et de repli sur soi-même. Les personnes porteuses de ces maladies mentales, avec des soins et traitements appropriés, apprennent à faire face à ce trouble. Une rupture (ou décompensation) peut-être provoquée par une réaction au stress environnemental, à des facteurs génétiques, des déséquilibres biochimiques ou à une combinaison de ces derniers.

² Définition Larousse de « pathologie » : Étude des maladies de leurs causes, des origines et de leurs symptômes

³ La définition est une interprétation de plusieurs indications relevées dans différents livres ainsi que dans Wikipédia.

Dans cet établissement, une large majorité des résidents sont porteurs de ces troubles et disposent d'un traitement stabilisant qui leur permet de vivre en toute sérénité.

2.5. La neuro-dégénérescence

Une maladie neuro-dégénérative⁴ (la maladie d'Alzheimer⁵ ou la maladie de Parkinson⁶ par exemple) est une maladie qui entraîne une dégénérescence progressive et irréversible des cellules nerveuses, entraînant ainsi la perte inéluctable des fonctions cognitives : mémoire, langage, coordination corporelle, capacité de raisonnement, etc. Les troubles neurologiques qui caractérisent la maladie d'Alzheimer sont causés par une accumulation d'enzymes entre les cellules du cerveau. Ces plaques provoquent une dégénérescence neuronale. L'origine exacte de la formation de ces plaques est encore mal connue et n'est que très rarement héréditaire. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente de démence et touche environ 850 000 personnes en France. Cette maladie est appelée à augmenter parallèlement à l'allongement de la durée de la vie et il est estimé qu'en 2050, la France comptera trois fois plus de personnes âgées qu'aujourd'hui, ce qui laisse augurer d'une augmentation sensible du nombre de malades d'Alzheimer.

2.6. La dépendance

La moyenne d'âge des résidents de l'établissement est de 76 ans dont 6 résidents ayant moins de 60 ans. La répartition est de 144 hommes, moyenne d'âge 74 ans, pour 95 femmes, moyenne d'âge 79 ans (ouverture des lits aux femmes depuis 1991), pour un GIR moyen pondéré⁷ (Groupe Iso-ressources) de 707. Ce qui représente une moyenne de dépendance de 2.8 par résident.

La dépendance⁸ est définie comme une perte d'autonomie pour une personne. Les gestes du quotidien deviennent difficile à réaliser seul (faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se promener,...) et nécessite donc l'aide d'une tierce personne. Cette dépendance peut être causée par plusieurs facteurs tels que la maladie, le handicap, un accident de la vie, ou apparaître simplement avec l'âge. Un outil spécifique appelé « grille AGGIR » (Autonomie Gérontolo-

⁴ La définition est une interprétation de plusieurs indications relevées dans les livres ainsi que dans Wikipédia.

⁵ Découvert en 1906 par le Professeur Alois ALZHEIMER, Médecin Psychiatre

⁶ Découvert en 1817 par le Docteur James PARKINSON, Médecin Paléontologue

⁷ **GIR** : Groupe Iso Ressources : permet de mesurer et de classer les différents niveaux de dépendance pour indiquer un tarif de prise en charge au titre de cette dépendance (évaluation de la charge de travail nécessaire à l'aide)

GIR Moyen Pondéré : permet de mesurer la dépendance globale d'un établissement au regard de la population qu'il accueille.

⁸ Cf. Annexe 2 « Niveau de dépendance » page 56

gique Groupe Iso-Ressources) existe pour mesurer la dépendance d'une personne. Il s'agit d'une grille numérotée de 1 à 6. Le niveau 6 est celui où la personne est la plus autonome et le niveau 1 son contraire. Le niveau 1 signifie que les besoins en accompagnement et en soins sont très importants.

En France, de nombreuses structures existent pour répondre à ses prises en charges spécifiques et ne cesseront d'évoluer au vue des perspectives du vieillissement de la population française.

3. Le Diagnostic

3.1. L'accueil des populations vieillissantes

3.1.1. Le vieillissement de la population en France

Actuellement, en France, la population s'élève à 62.8 millions de personnes dont 1 million de personnes âgées dépendantes pour 14.6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans.⁹

Avant 2010, nous pouvions trouver parmi la population la plus âgée les générations moins nombreuses nées lors de la Première Guerre mondiale (1914-1918). Elles sont actuellement remplacées par des générations plus nombreuses nées dans les années 1920. C'est surtout entre le milieu des années 2020 et 2050 que se produira la principale augmentation : la génération du baby-boom, née à partir du milieu des années 1940¹⁰, arrivera à son tour à l'âge de la dépendance soit 7 millions de personnes âgées en plus¹¹.

L'évolution croissante de la population âgée et l'augmentation de la lourdeur des pathologies nécessitent d'adapter l'offre de soins en fonction des besoins sociaux et psychologiques des résidents. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de plus en plus forte de la consommation de soins qui évoluera dans les prochaines années.

Aujourd'hui, en France, il existe un panel d'organismes prenant en charge la personne âgée. Il existe plusieurs styles d'accompagnement et l'appellation « Maison de Retraite » mélange différents modes d'accueil de la personne âgée. Pourtant il demeure des différences comme la nature des prestations proposées par l'établissement ou encore les statuts.

⁹ Sources INSEE

¹⁰ Pic de natalité juste après la Seconde Guerre Mondiale. En France le baby-boom concerne les naissances de 1942 à 1974.

¹¹ « Perspectives démographique et financière de la Dépendance » Rapport Jean Michel CHARPIN – Juin 2011

3.1.2. Les différentes structures d'accueil de la personne âgée sur le territoire national

En France, il existe différents types de structures répondant à différents besoins d'accompagnement¹² : les maisons de retraite publiques, les maisons de retraite privées, associatives ou commerciales, les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), l'accueil des personnes âgées Alzheimer, les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), l'accueil des personnes âgées en foyers logement, l'accueil des personnes âgées en résidence service et l'hébergement temporaire.

Selon l'enquête de la DREES¹³, le taux d'occupation d'un établissement d'hébergement était de 96% sur l'ensemble du territoire. De plus, toujours selon cette étude, ces établissements accueillent de plus en plus une population vieillissante aux pathologies lourdes. La dépendance s'élève à 84% en 2007 dans l'ensemble des établissements.

3.1.3. En région Provence Alpes Côte d'Azur

En faisant un focus sur la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), l'étude INSEE « *Accueil des Personnes Âgées 2012* »¹⁴ donne des chiffres intéressants sur l'existant de ce territoire. Le nombre de Foyer Logement est de 5 990, le nombre de lits dans les Maisons de Retraite s'élève à 43 552 et le nombre de lits en EHPAD est de 41 851.

Ces résultats placent notre région en 3^{ème} position après l'Île de France et le Rhône Alpes en matière d'accueil global de la personne âgée.

3.1.4. Dans le département des Bouches du Rhône

Selon l'étude de l'INSEE « *Accueil des personnes âgées en 2012 : comparaisons départementales* »¹⁵ il apparaît que dans le département des Bouches du Rhône :

- le Foyer logement est au nombre de logement est de 1 619,

¹² Cf. Annexe 3 « Définitions des établissements » page 57 à 58.

¹³ *Études et Résultats n°689 " L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, mai 2009*

¹⁴ Source INSEE « *Accueil des Personnes Âgées 2012* »

¹⁵ Source INSEE « *Accueil des personnes âgées en 2012 : comparaisons départementales* »

- les Maisons de retraite en nombre de lits sont de 15 321 et,
- les EHPAD sont en nombre de lits : 13 910.

Le département, en capacité d'accueil, est au premier rang national devant ainsi :

- le Nord : 16 778 places,
- la Loire Atlantique : 13 142 places et,
- le Rhône : 12 424 places.

L'image de la personne âgée s'installant sur la côte méditerranéenne pour finir ses vieux jours n'est pas justifiée puisque le département des Alpes Maritimes a une capacité d'accueil de 10 725 places (soit la 6^{ème} position selon les données de l'INSEE).

3.1.5. A Marseille...

Marseille s'étend sur plus de 240,62 km², ce qui en fait la cinquième commune de France métropolitaine (2,5 fois plus grande que Paris, 5 fois plus grande que Lyon). En 2010, Marseille comptait 850 726 habitants¹⁶, ce qui en fait la deuxième commune la plus peuplée de France. La ville est divisée en 3 zones, 8 groupes, 16 arrondissements et 111 quartiers.

La Ville de Marseille compte près de 70 établissements d'accueils des personnes âgées qu'ils soient privés, publics, EHPAD ou Foyers. Consciente de cette population âgée, la ville donne l'opportunité aux personnes âgées qui le souhaitent de bénéficier de la gratuité des transports en commun. Un arrêt de bus est situé devant l'établissement Saint-Barthélémy et permet facilement de se rendre en ville ou à une station de métro.

3.1.6. Focus sur le 14ème arrondissement – Quartier Saint-Barthélémy

Le 14^{ème} arrondissement comporte 60 398 habitants et il est divisé en 7 quartiers. Le quartier de St-Barthélémy, lieu d'implantation de l'EHPAD St-Barthélémy, est l'un des quartiers le plus peuplé avec plus de 11 000 habitants en 2006¹⁷.

¹⁶ Source INSEE

¹⁷ Source INSEE

Sur le secteur du 14^{ème} arrondissement, trois établissements d'accueil des séniors cohabitent en proposant différentes offres. Un établissement privé médicalisé proposant tous types de séjours et une résidence privée partiellement agréée « Aide Sociale¹⁸ ».

3.1.7. Les différents acteurs de l'arrondissement

En matière sociale, sur ce quartier, il existe une vingtaine d'associations aux multiples fonctions tels que la Maison des Familles, l'Association Régionale pour l'Animation, l'Association Culturelle de la Busserine, l'Association Éducative Interculturelle,... ainsi qu'une vingtaine de centres sociaux dont une Maison Pour Tous. L'arrondissement dispose donc d'un tissu associatif riche et varié. Toutes ses associations n'interviennent pas au sein de l'EHPAD St-Barthélémy.

Au sein de la Fondation, diverses associations ou écoles interviennent également : l'association de bénévoles « les blouses roses » qui rencontrent les résidents pour les aider à rompre avec la solitude, l'association VMEH¹⁹ offre des visites et des animations, la Fondation des Petits Frères des Pauvres intervient également en proposant aux résidents des sorties ou des mini-séjours. Les lycéens du Lycée Lacordaire et du Lycée St-Vincent de Paul participent également à quelques animations tout au long de l'année dans le cadre d'un programme scolaire.

L'existant sur le territoire français démontre un réel accompagnement de la personne âgée. Le tissu associatif partenaire de l'établissement démontre la volonté de la Fondation de permettre aux résidents de maintenir un lien social. Pourtant, la solitude, l'isolement et la rupture familiale persistent toujours.

3.2. L'isolement et la rupture chez la personne âgée en EHPAD

Pour étudier le phénomène de rupture familiale, de solitude et d'isolement, je cherche les motifs du placement des résidents en institution afin de comprendre pourquoi et comment ils perdent le contact avec leur environnement.

¹⁸ Définition de l'Aide Sociale : c'est une aide qui regroupe l'ensemble des prestations sociales versées aux personnes en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté.

¹⁹ Association de Visites de Malades en Etablissement Hospitalier (VMEH)

Les résidents de l'EHPAD sont issus de différents types d'hébergement antérieurs à leurs entrées. Au 31 décembre 2012 :

- 133 résidents provenaient de leur domicile personnel,
- 38 résidents provenaient d'un service de long séjour,
- 27 résidents étaient des personnes sans domicile fixe,
- 22 résidents provenaient d'un autre EHPAD,
- 13 résidents provenaient d'un service hospitalier psychiatrique,
- 8 résidents vivaient dans des logements foyers,
- 1 résident venait d'un établissement pour personne handicapée.

Le choix d'intégrer un établissement répond à différents facteurs et problématiques de la personne âgée qui sont à prendre en compte lors de son entrée.

3.2.1. Le placement de la personne âgée en institution : choix ou obligation ?

Selon le schéma départemental des Bouches du Rhône en faveur de la personne âgée 2009-2013, des critères de choix comme le tarif, la proximité ou encore la qualité de l'alimentation sont des priorités pour intégrer une institution.

Avant son installation en Maison de Retraite, la personne âgée vit, dans la plupart des cas, à son domicile, souvent seule et sans personne à qui parler. La solitude est un fléau pesant. Le risque de chute, la peur de l'intrusion, de l'oubli, les courses, le ménage, la préparation des repas sont sources d'angoisse. Pour les séniors et leurs familles, la peur de ne pas être secouru en cas d'accident ainsi que la peur de mourir seul sont des facteurs anxigènes entraînant la réflexion sur un placement en établissement.

Pour une personne âgée, le passage en Maison de Retraite est très souvent mal vécu car cela provoque de grands bouleversements. Même si elle vit seule et reste seule tout au long de ses journées, la vie en collectivité est difficile à appréhender car c'est un changement radical des habitudes.

Toutefois, si la personne âgée est consentante à intégrer un établissement et qu'elle est préparée à ce changement, passer le cap est difficile. C'est rompre avec son quotidien, ses amis, son voisinage, son autonomie (je prépare mon repas, je lave mon linge,...), ses activités et son

rythme intime. C'est une rupture forte avec ses biens, ses lieux et ses habitudes. C'est également apprendre à vivre ensemble, à composer avec des caractères et des rythmes.

Quand cette décision de placement est prise par une tierce personne (famille, Médecin, Assistante Sociale ou Tuteur), la personne âgée est dépossédée de son droit à la parole puisqu'elle n'a pas son mot à dire. Elle est infantilisée et son intégration en institution n'en sera que plus difficile. La rupture brutale avec sa vie d'avant est déstabilisante et un état de solitude et d'isolement s'installe. L'entrée en institution s'accompagne souvent de plaintes, de refus, de déprime ou de dégradation physique et psychique rapide. L'échec de l'adaptation dû à un non consentement de la personne peut avoir de lourdes conséquences. La personne peut s'abandonner et glisser vers le désir de mourir.

3.2.2. L'isolement social et le sentiment de solitude

Il faut distinguer le sentiment d'isolement social et le sentiment de solitude²⁰. L'isolement c'est le fait qu'un individu vit isolé. L'isolement social se traduit par une attitude de repli sur soi et un mal être pouvant avoir plusieurs origines : santé, familiales, psychiques, etc. Le sentiment de solitude se traduit par l'état d'un individu seul qui n'est engagé dans aucun rapport avec autrui.

Il n'y a pas que la solitude et l'isolement qui incitent la personne âgée ou la famille de cette dernière à vouloir son intégration en institution. Un logement mal adapté au handicap (baignoire trop haute, pas de main courante dans les toilettes, ascenseur régulièrement en panne,...), des commerces de proximité trop éloignés ou encore le manque de transport en commun pouvant rendre les déplacements difficiles sont autant d'arguments convainquant.

La pyramide de Maslow²¹ représente la hiérarchie des besoins de l'être humain sur cinq niveaux : le besoin d'accomplissement de soi, le besoin d'estime (confiance et respect de soi, reconnaissance et appréciation des autres), le besoin d'appartenance et d'amour (affection des autres), le besoin de sécurité (environnement stable et prévisible, sans anxiété ni crise) et le besoin physiologique (faim, soif, respiration, sommeil, élimination).

Si les besoins naturels humains ne sont pas assouvis, l'isolement, la perte d'autonomie, la perte du rôle familial et le sentiment d'inutilité entraînent chez les personnes les plus sensibles

²⁰ Définition Larousse

²¹ Pyramide de Maslow Ou pyramide des besoins par le psychologue Abraham Maslow

une dépression pouvant aller au suicide. Le suicide chez la personne âgée est bien réel et souvent sous-estimé. Dans une interview de septembre 2012, la Ministre Déléguée Chargée de la Personne Âgée et de l'Autonomie, Michèle DELAUNAY, rappelle qu'en 2011 le suicide des plus de 65 ans représentait 30% des 12 000 personnes qui s'étaient donné la mort. Dans 90% des cas, c'était suite à un état dépressif.

D'un point de vue général, le placement joue un rôle important dans l'isolement et la solitude. Il s'agit maintenant de savoir si cette observation existe concrètement au sein de l'établissement.

3.2.3. Réalité de terrain : Enquête auprès des résidents

Afin de mieux comprendre le processus d'isolement et de rupture, j'ai réalisé une enquête portant sur le témoignage « parcours de vie » de 12 résidents volontaires²² que j'ai ciblé. J'ai choisi de réaliser ces entretiens de façon non directive de sorte à avoir tous les éléments qualitatifs permettant un réel aperçu de leur situation actuelle. L'objectif était d'appuyer le constat concernant la perception de leur situation. Au regard de ses différents entretiens, plusieurs constats peuvent être établis :

- *Premier constat « Rupture et Isolement »* : plusieurs d'entre eux sont en rupture familiale. Très peu ou pas de contact avec leurs enfants. Sur les 12 personnes rencontrées, 6 ont des enfants dont 3 ont des relations avec eux. Puis-je alors parler de généralité ? En m'entretenant avec les équipes soignantes, les Chefs de Services et la Psychologue, il est ressorti que les familles et amis du résident sont très peu nombreux. Moins d'une cinquantaine de référents familiaux pour 250 résidents.
- *Deuxième constat « Placement ou décision imposée »* : le placement n'est pas de leur volonté. Il s'agit d'un choix soit de la famille soit de la Tutrice soit de l'Assistante Sociale car certains résidents étaient issus d'une hospitalisation longue durée et qu'il s'agissait de mettre la personne âgée en sécurité.
- *Troisième constat « De l'individuel au collectif »* : la vie dans l'établissement à l'air de bien se passer. L'intégration a été, pour plusieurs d'entre eux, difficile au début mais ils se sentent tous en sécurité.

²² Cf. Annexe 4 « Entretien avec les résidents » pages 59 à 64

La vie en collectivité est difficile à appréhender dans la mesure où les résidents vivaient soit en famille ou soit seul. C'est d'autant plus difficile pour eux car il faut se repérer, recréer des contacts et s'habituer à être dérangé dans sa chambre pour un soin.

- Quatrième constat « Les enfants » : Ces entretiens mettent en exergue le besoin d'être en contact avec des enfants. Excepté pour 2 résidents, les autres apprécient quand les enfants viennent dans leurs unités. Que la participation soit active ou passive, les enfants sont les bienvenus et ils sont source de joie. Ce point de vue est partagé par le Service Animation de l'EHPAD qui me confirme que beaucoup de résidents participent aux activités avec les enfants et qu'ils attendent cela avec impatience. Les 2 animateurs trouvent que les résidents sont détendus en leur présence et se sentent à l'aise. Il n'y a pas de profil type de résidents participant à ces activités. Les animateurs ne sont pas en mesure de déceler s'il s'agit de combler un vide affectif pour les résidents ou juste s'il s'agit juste d'un intérêt pour l'animation. Il est important de prendre en compte cet aspect sur le bien-être du résident. Cela lui procure un sentiment d'appartenance à un groupe dans lequel il se sent exister. Le résident se sent également investi d'une mission de protection et de transmission auprès de la jeune génération. La différence d'âge et de culture n'est un problème pour personne.
- Cinquième constat « L'inutilité » : le sentiment de solitude, d'être inutile ou de vouloir absolument se rendre utile apparaît en filigrane. Cette phrase « *Je suis un boulet pour la société* » ressort. La dépendance et le handicap sont des entraves à la liberté du corps et de l'esprit.
- Sixième constat « La pensée négative » : Le souhait de mourir ou de suicider pour ne plus encombrer. Du point de vue des équipes soignantes, c'est un point existant et récurrent. Il arrive que certains résidents se laissent mourir malgré la volonté des équipes de les aider et de les accompagner au mieux au quotidien.

Ces différents entretiens, réalisés auprès de différentes personnes ont révélé que plusieurs d'entre elles, issus d'unités psychiatriques, étaient les plus affectées par cette rupture familiale et sociale.

L'isolement ainsi que la rupture familiale représente l'exclusion sociale et concerne tous les profils des personnes âgées. Cependant, j'effectue un zoom sur l'exclusion des personnes

âgées porteuses de pathologies psychiques durant leur parcours de vie avant l'intégration dans l'établissement car il s'agit de personnes plus fortement touchées par l'abandon familial.

3.3. L'exclusion sociale des personnes âgées malade psychologiquement

L'exclusion est un processus issu de l'abandon qui remonte à la jeunesse pour une majorité des résidents. Des éléments de compréhension m'ont été apportés par la Psychologue de l'établissement.

Aujourd'hui, la détection des maladies psychique s'effectue très tôt chez la personne (dès l'adolescence voir l'enfance). La prise en charge du patient est efficiente et les familles de celui-ci sont informés et formés pour vivre avec ce handicap.

Puisque les résidents de l'EHPAD ont une moyenne d'âge de 76 ans, remontons 76 ans en arrière et plaçons nous dans le contexte de l'époque.

« Les fous ou les aliénés » comme ils étaient appelés à l'époque étaient traités avec de la morphine ou de l'opium. Lorsqu'ils étaient en crise, ils subissaient des jets d'eau froide et des flagellations. La déclinaison des pathologies n'existait pas. Par conséquent, beaucoup de malades n'étaient pas détectés et non reconnus. Lorsque des complications survenaient dans la vie quotidienne de l'individu porteur d'une pathologie psychique, les familles jugeaient qu'ils s'agissaient de sa responsabilité. Beaucoup d'ennuis et beaucoup de souffrance ont entraînés les familles à bannir cette personne. Bien que l'évolution de la médecine a apporté des réponses quant à la prise en charge, au traitement et mis des mots sur la pathologie, les souffrances des familles ont été si importante durant plusieurs années qu'ils ne peuvent accepter le handicap de la personne et refuse la reprise de contact. Aujourd'hui, le résident reste seul dans sa solitude et sa rupture familiale.

Le choix d'approfondir mon analyse sur ce public s'appuie sur le fait que plusieurs d'entre eux, depuis plusieurs années voir décennies, ont vécu d'institution spécialisé en institution spécialisé (Centres Hospitaliers Montperrin ou Valvert par exemple). Cela a eu comme conséquence de briser le lien familial suite aux différents transferts et aux manques de communication avec les familles. Enfin j'ai également relevé, durant les entretiens précédents cités ainsi qu'au fil des rencontres avec les résidents, que le placement de ces personnes c'était effectué sans leur approbation, à la demande d'une tierce personne (Assistante Sociale, Tu-

teur, Centre Hospitalier,...). Bien qu'il s'agisse de personnes qui sont très souvent sous tutelle suite à leur pathologie, le consentement éclairé de ces personnes doit être pris en considération dans le choix d'intégration d'un nouvel établissement. Les risques d'une non communication de placement et d'un choix imposé par une tierce personne peuvent provoquer des déstabilisations psychiques importantes.

De ce fait, je décide d'analyser ce que dit la législation quant à la prise en charge médicale et l'accompagnement social dont le droit à la parole de ces personnes. Puisque la psychiatrie appartient au champ du handicap, mes recherches vont explorer la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, ainsi que les propositions de l'Organisation Mondiale de la Santé, les recommandations de l'Agence Régionale de la Santé puis le Schéma Régionale de l'Organisation des soins ainsi que le Schéma Départementale des Bouches du Rhône en faveur des personnes handicapées.

3.3.1. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne les principaux axes et avancées qui sont classés par thèmes : la prévention, recherche et accès aux soins, la compensation et les ressources, l'accessibilité à la scolarité, à l'emploi, aux transports, la citoyenneté et la participation à la vie sociale. La personne malade psychiquement n'est pas abordée dans cette loi.

3.3.2. L'Organisation Mondiale de la Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait de la santé mentale une action d'analyse et prépare un projet de plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020. Selon le rapport du Secrétariat de ce projet, du 11 janvier 2013, ce plan a pour objectif d'étudier l'augmentation des troubles mentaux dans le monde et la répercussion sur la santé et l'économie. Le but général de ce plan est de promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux, de dispenser des soins, de promouvoir les droits fondamentaux, de réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Différentes pistes de réflexions sont proposées aux pays afin de considérer et d'étudier l'adaptation de la prise en charge de ces personnes spécifiques. Le Dr Oleg Chestnov²³ attire l'attention sur le manque général d'information et de compréhension en ce qui concerne la

²³ Sous-Directeur général pour les Maladies non transmissibles et santé mentale à l'OMS

maladie mentale. Cette situation alimente la stigmatisation, qui à son tour **contribue à l'isolement social de la personne** atteinte.

3.3.3. L'Agence Régionale de la Santé

L'Agence Régionale de la Santé (A.R.S.) informe que depuis le 1er août 2011, la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge est applicable et réforme la loi du 27 juin 1990. Dans ce cadre, l'A.R.S. PACA pilote avec l'ensemble des partenaires impliqués (préfecture, justice, établissement de santé) la mise en place et l'application des nouvelles mesures. Cela concerne les mesures d'internement soit à la demande d'un tiers soit à la demande du préfet, la durée, le programme de la prise en charge et le contrôle par le Juge des Libertés et de la Détention de la nécessité du maintien des soins. De plus, ce texte renforce l'information des patients sur leurs droits et voies de secours. Rien n'aborde le droit à la parole des personnes à pathologies psychiatriques.

3.3.4. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2016 de l'A.R.S. PACA aborde la psychiatrie et la prise en charge en détaillant le nombre de lit (414 lits de réhabilitation ré-insertion en psychiatrie générale appartenant à 5 cliniques privées et 1 établissement PSPH²⁴). De plus, ce schéma aborde l'organisation des soins et du parcours santé du patient et de la problématique du logement.

Un point dans le SROS attire mon attention sur la prise en charge des personnes âgées. L'état des lieux effectué par l'ARS en région PACA met à l'évidence une inégalité de l'offre spécifique géronto-psychiatrique qui est réduite et inégalement répartie sur le territoire. De plus, le dernier point intéressant stipule que des articulations entre les soins psychiatriques, les soins gériatriques et le réseau médicosocial sont le plus souvent peu formalisés.

3.3.5. Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées

Le schéma départemental en faveur de personnes handicapées des Bouches du Rhône 2009-2013 aborde la personne porteuse d'un handicap physique qu'il soit enfant ou adulte. Le han-

²⁴ Établissement de Santé Privé Participant au Service Public afin de participer à des missions du service public

dicap psychique n'est pas abordé. Ce schéma traite de la vie de la personne handicapée à son domicile, les transports en commun, le développement des SSIAD²⁵, l'accueil en EHPAD, le développement de l'accueil en crèche des tout-petits, Il aborde également l'accueil temporaire ou séquentiel des personnes à pathologie psychiatrique pour répondre à des situations de crise ou d'urgence dont les possibilités sont très réduites. La pénurie de lits de psychiatrie, particulièrement infantile, est notoire. Par ailleurs, les difficultés à faire admettre des adolescents en service psychiatrique remettent souvent en question toute possibilité d'adaptabilité du dispositif autour du projet de vie de l'enfant et de ses besoins. En ce qui concerne l'adulte, rien n'est abordé. Un public spécifique est par ailleurs confronté à une absence totale de solutions. Il s'agit des jeunes filles qui ne trouvent pas de structure de prise en charge ni auprès du secteur du Handicap, ni auprès de celui de la justice, et sont généralement orientées dans le Var ou le Vaucluse.

En conclusion, la problématique de l'isolement et le droit à la parole de la personne avec des pathologies psychiatriques n'est pas prise en considération au regard des différents schémas départementaux, régionaux et des lois.

3.3.6. Désert social ?

Lors d'un entretien avec un membre de l'équipe soignante de l'hôpital Montperrin (accueil Psychiatrique) à Aix en Provence, il est ressorti que plusieurs résidents de leurs unités étaient en capacité de vivre en Maison de Retraite mais trop peu d'institutions acceptent de recevoir ce public spécifique. Peu d'alternative à l'hospitalisation existe. Soit la personne en hôpital psychiatrique est jeune et a comme solution d'être en appartement thérapeutique, soit la personne est vieillissante et il ne lui reste que la maison de retraite. Le problème c'est qu'il s'agit d'une prise en charge particulière et que malheureusement, pas toutes les Maisons de Retraites ne sont aptes à accueillir ce genre de population. Les risques d'échec d'intégration et d'adaptation sont importants. Qu'advient-il alors de la personne âgée vieillissante ? Le service psychiatrique de l'hôpital comme issue ? Ou pire la rue ? L'article paru dans le magazine professionnel PRIORITÉ SANTÉ²⁶ intitulé « *La souffrance psychique, les troubles de santé mentale, ... restent sous-diagnostiqués dans notre région* » confirme un peu plus cette problématique d'accompagnement.

²⁵ Service de Soins Infirmiers A Domicile

²⁶ Article « Dossier – La Santé Mentale en PACA – Recours aux soins insuffisant » édition n°34 mai 2012

Bien qu'il existe un désert social dans le droit à la parole pour les personnes porteuses de pathologies psychiatriques, ces personnes accueillies dans l'établissement sont intégrées et bénéficient des droits comme tous les autres résidents. Il est évident que l'ensemble des résidents de l'EHPAD sont sollicités dans tous les projets les concernant qu'ils soient d'animation ou d'ordre organisationnel. Il existe des réglementations qui permettent aux personnes de s'exprimer ainsi qu'aux établissements d'aider les résidents à rompre avec leur solitude et leur isolement.

3.4. Les politiques publiques sur la solitude et l'isolement

La Fondation Saint-Jean de Dieu est régie par la loi du 02 janvier 2002 (appelé aussi loi 2002-2) rénovant l'action sociale et médico-sociale et le Code de l'action sociale et des familles²⁷, qui ont données une nouvelle dimension à la prise en charge de la personne. Cette nouvelle disposition des acteurs sociaux et médico-sociaux a apporté une individualisation des soins. La rupture familiale, l'isolement et la solitude sont pris en compte par l'établissement au travers de différentes actions telles que le Conseil de la Vie Sociale (mis en place régulièrement pour donner la parole aux résidents et répondant aux exigences de la loi 2002-2), des groupes de dialogues sont organisés avec la Psychologue, les animateurs sollicitent régulièrement les résidents pour les aider à rompre avec leur solitude en leur proposant des lotos, des sorties au restaurant ou des visites de musées, des séances de cinéma,... . Cette loi, le schéma départemental ainsi que l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) abordent ce phénomène et apportent des pistes de réflexion.

3.4.1. Focus sur la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi 2002-2 prévoit des modalités d'expression et de participation qui associent les usagers au fonctionnement de la structure.

L'orientation n°1 définit les droits fondamentaux intégrant l'association de la personne, son entourage et sa famille à la conception et la mise en œuvre du projet avec respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité de la personne. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) donne un rôle dans la volonté de rendre plus efficace la participation des usagers.

²⁷ Texte de loi du 2 janvier 2002 article 3 et article 116-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Cette orientation est soutenue par l'article L311-6 du Code De l'Action Sociale Et Des Familles qui stipule que « *Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement.... il est institué soit un Conseil de la Vie Sociale, soit d'autres formes de participation...* ». Ce décret précise d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles.

3.4.2. Schéma départemental des personnes âgées des Bouches du Rhône 2009-2013

Chaque schéma départemental est unique et correspond à la volonté du département sur l'appréciation des besoins en matière de prise en charge de la personne âgée. Le schéma départemental des Bouches du Rhône 2009-2013 propose de nouvelles orientations de travail dont l'objectif principal est d'améliorer toujours plus les conditions de vie de la personne âgée. Il s'agit de mettre en place un dispositif d'accompagnement pointu et adapté que la personne âgée soit chez elle ou en institution : accueil familial, aider les aidants professionnels, améliorer l'accompagnement de la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer, aider dans la prise en charge à domicile, les foyers logements, les EHPAD,...

L'orientation n°4 de ce schéma aborde la thématique de « *la bientraitance par le développement de l'hébergement* » notamment à travers l'action 10-4 : Développer les actions en faveur de la bientraitance. L'étape n°1 demande un travail sur la notion de bientraitance : travailler sur la communication équipe soignante/famille en organisant des temps d'échange ; dynamiser le Conseil de la Vie Sociale (CVS), éventuellement en créant une cellule de vigilance ; identifier un référent-bientraitance dans l'établissement. Un indicateur pourra être mis en place quant à l'évolution du nombre de projets associant personnes dépendantes et personnes autonomes.

L'Action n°11 de cette orientation propose de diversifier les solutions d'hébergement pour favoriser le lien social et répondre à un besoin identifié (de sécurité, de vie sociale, de confort)

L'orientation n°5 « *Mener des actions à l'égard des populations fragiles* », dans son action n°12 propose de lutter contre l'isolement des personnes âgées.

3.4.3. Les recommandations de l'ANESM

L'ANESM recommande la bientraitance, ou la prévention de la maltraitance, et pose une réflexion éthique sur le travail d'accompagnement social pour aider les plus vulnérables²⁸ pour promouvoir ainsi l'autonomisation de tous.

Cette agence propose de préparer avec la personne âgée son arrivée dans l'établissement, de faciliter les visites des familles, de respecter leur caractère privé afin de maintenir les liens avec les proches et de favoriser les relations en dehors du groupe. Cette recommandation vise à développer les échanges de la vie en collectivité pour contribuer à la construction et au bien-être de chacun. Même si ces différents textes de lois et recommandations sont appliqués au sein de l'institution, il reste néanmoins le sentiment de rupture et d'isolement de la personne âgée avec son ancien cadre de vie.

Au regard des constats sur le vieillissement de la population française, de la difficulté d'intégrer un établissement après une vie seule et qui est très souvent vécu comme une obligation, ou encore l'exclusion des personnes à pathologie psychiatrique durant leur parcours de vie, entraînent inéluctablement les résidents à être en rupture familiale, environnementale et sociale. Pour aider les résidents de l'institution à redonner un sens à leur vie, il existe des leviers de communication et d'échanges sur lesquels s'appuyer afin de travailler l'intégration des résidents.

3.5. Travaillons l'intégration !

Au regard de ces différents constats, l'inclusion des personnes âgées est une nécessité pour leur bien-être.

3.5.1. La lutte contre l'exclusion de la personne âgée au plan national

La « *lutte contre l'exclusion* » OU « *la lutte en faveur de l'inclusion sociale* » est un des thèmes majeur de la politique sociale. Selon Dominique BESNARD²⁹, l'inclusion représente le déroulement de la vie d'un individu dans différentes institutions que sont la famille, l'école, l'entreprise et la maison de retraite. Il en existe deux formes :

²⁸ Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux – Anesm Novembre 2010

²⁹ Psychologue et Directeur du département des Politiques et Pratiques Sociales des CEMEA

- L'inclusion intégrative qui est une dynamique d'ouverture permettant à des personnes atteintes de déficiences de rencontrer les personnes valides dans les lieux d'éducation, de travail, de loisirs et d'habitat ordinaire.
- L'inclusion ségrégative qui est une dynamique cloisonnant les personnes dans des institutions et/ou des filières spécialisées ayant pour fonction à la fois de porter attention à la personne handicapée mais aussi de la mettre à l'écart.

Tout au long de notre vie, que ce soit à l'école, au travail ou dans notre vie privée, nous connaissons au moins une fois ce sentiment d'être inclus ou exclus. L'impact de ce balancement entre l'inclusion et l'exclusion sur les personnes âgées, en général, est plus important car selon Dominique BESNARD « *La déficience (le handicap) va venir désorganiser l'existence psychique et sociale de la personne et de son entourage proche.... l'intégration c'est non pas de vivre mais d'exister... L'existence c'est penser sa vie,.... Mais cette opération psychique ne peut se réaliser sans les autres.* »³⁰.

A Québec, au Canada, des « Villes amies des aînés »³¹ ont vu le jour. Il s'agit d'un programme lancé en 2005 pour encourager le vieillissement actif, de favoriser la participation sociale des citoyens âgés et de lutter également contre l'âgisme. L'âgisme regroupe toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondés sur l'âge. L'âgisme est pour l'âge ce que le sexisme est au sexe ou ce que le racisme est aux races.

Les relations intergénérationnelles sont donc mises en avant par ce programme. Les liens entre les générations visent à renforcer le sentiment d'appartenance des personnes à un groupe. Il existe différentes formes de ce programme comme l'organisation de projets de rencontres intergénérationnelles avec des activités de loisirs, des cercles de lectures, de l'aide aux devoirs,...

³⁰ Dominique BESNARD « Les dynamiques de l'inclusion sociale » Décembre 2009.

³¹ « Au Québec, les "villes amies des aînés" pilotées par les personnes âgées elles-mêmes » Article paru dans le journal « Le Monde » le 11 mars 2013

3.5.2. L'inclusion de la personne âgée par l'intergénérationnel : un rôle pour tous.

Cette étude québécoise donne à réfléchir sur l'intergénérationnel. Cette piste de réflexion est intéressante car elle répond à un manque de relations familiales exprimé par les résidents lors des entretiens. Qu'en est-il exactement sur le territoire français ?

Voici une définition des termes « génération » et « inter-génération ». Une génération est un ensemble de personnes vivant dans le même temps et étant à peu près du même âge³².

Intergénérationnel, étymologiquement parlant, vient de « génération » avec le préfixe « inter » qui signifie « entre ». Concrètement, qui a un rapport avec les liaisons, les relations entre les générations.

3.5.2.1. La naissance du lien entre les générations.

Ce rapport entre générations s'exprime entre l'espérance de vie en France, qui s'allonge de trois ans tous les dix ans³³ et le travail des femmes.

Les femmes sont de plus en plus présentes sur le marché du travail (66 % des femmes de 15 à 64 ans sont actives en 2009) et ce taux ne cesse d'augmenter depuis les années soixante. Elles sont aussi plus souvent à temps partiel : 16 % des emplois féminins en 1975, 30 % en 2009³⁴. Il devient donc de plus en plus difficile de **conjuguer maternité et vie professionnelle**. De plus, les femmes sont les premières à s'éloigner du travail après la naissance d'un enfant. Et ce phénomène s'accroît après la naissance du troisième enfant³⁵.

Le besoin³⁶ de garde extra-parentale se fait particulièrement sentir pour les périodes où les deux parents travaillent. Les grands-parents, aussi bien pour les femmes à la tête d'une famille monoparentale avec une activité professionnelle, que pour les familles en couple, sont majoritairement sollicités pour garder un enfant lorsqu'ils habitent à proximité³⁷. C'est notamment le

³² Définition Larousse

³³ « L'allongement De La Vie Et Ses Conséquences En France » - E. CAMBOIS, F. NESLE, et G. PINSON chercheurs au sein de l'unité Mortalité, santé et épidémiologie de l'Institut national d'études démographiques (INED).

³⁴ Source INSSE

³⁵ « Etat des lieux des égalités hommes-femmes en France » - Article de presse paru dans le journal « Le Monde » du 08.03.2010

³⁶ « Travailler et garder son enfant en bas âge » études et résultats de la DRESS Santé - n° 749 - février 2011

³⁷ « Comment les parents s'arrangent pour faire garder les enfants » - Etude et résultats menée par la DRESS n°694 de juin 2009

cas des ménages ayant des ressources faibles car les services « grands-parentaux » sont gratuits.

La garde grand-parentale joue donc un rôle important dans la conciliation vie familiale/vie professionnelle des enfants adultes de ces seniors.

Le grand parent constitue donc un pivot puisqu'il est un soutien aux « parents enfants » dans la vie quotidienne et dans leurs charges familiales. Ce relais parent/grands-parents permet de créer des liens privilégiés entre les grands-parents et les petits-enfants. Il se met alors en place une solidarité intergénérationnelle.

3.5.2.2. La France et les relations générationnelles

Chaque année, dans plusieurs maisons de retraite, sont organisés des après-midi ou des journées sur le thème de l'intergénérationnel. Des « Semaines » sont aussi organisées sur le plan national comme par exemple « La Semaine Bleue³⁸ » (du 21 au 27 octobre 2013) qui est une semaine nationale des Retraités et Personnes Âgées. En 2012, la Semaine Bleue s'est inscrit pleinement dans le cadre du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations.

À l'échelle de notre société, les personnes âgées sont fréquemment critiquées au prétexte de la charge qu'elles représenteraient pour notre système de protection sociale. « *Pour régler le problème de la dépendance, il faut ajouter des bancs devant les boulangeries* » voici l'analyse d'un journaliste lors de la remise du rapport sur la dépendance en mars 2013. Cela illustre parfaitement l'incompréhension et la stigmatisation des personnes âgées.

Cette image dévalorisante occulte l'immense expérience dont bénéficient les personnes âgées. Leur contribution à la vie sociale devrait être reconnue et valorisée. Il est de notre devoir d'encourager ces personnes à conserver ou à retrouver une place active dans la société au bénéfice de l'ensemble des générations.

Les échanges intergénérationnels, bien qu'insuffisamment cités et valorisés, existent réellement. Concrètement aujourd'hui, sur le territoire français, l'intergénérationnel est réalisé de façon sporadique au sein des institutions dans la mesure où il s'agit d'action d'animation avec des centres communaux ou des écoles sur des demi-journées. Certains établissements sortent

³⁸ Source : Union Sociale d'octobre 2005, mensuel de l'Uniopss

tout de même des sentiers battus pour créer leur propre système relationnel personnes âgées/enfants.

Différentes expériences ont fait leurs preuves en matière d'intergénérationnel comme par exemple la Maison de Retraite de La Chapelle qui abrite depuis 1992 une crèche ouverte aux enfants de 4 mois à 4 ans, trois jours par semaine. Les repas des enfants sont pris entre résidents et enfants et donne ainsi l'occasion de se rencontrer. Les résultats de ces actions ont permis d'organiser des échanges entre les petits et leurs aînés. Ces derniers estiment en effet que ces moments de partage contribuent à améliorer leur bien-être dans la maison de retraite.

Autre expérience dans la Commune de Digoin (Saône et Loire), la crèche implantée au sein d'une Maison de Retraite, n'apporte que bien-être et bonheur selon le responsable de cette structure car pour lui « *les enfants n'ont aucun a priori par rapport à la vieillesse et au handicap. Ils les prennent vraiment tels qu'ils sont et ça permet vraiment aux personnes âgées de se sentir à l'aise, parce qu'en face ils ont quelqu'un qui leur projette un regard qui est vraiment neutre et sans a priori.* »³⁹

Dernier exemple enfin sur Marseille, la Crèche « Plif Plaf Plouf » situé dans le parc de la Maison de Retraite Saint-Maur dans le 13^{ème} arrondissement de Marseille existe depuis maintenant plusieurs années et permet le partage d'activités entre résidents et enfants.

Au regard de ces différentes expérimentations, l'intergénérationnel fonctionne auprès des personnes âgées qui apprécient ces relations. Toutefois, la rencontre⁴⁰ entre les enfants et les personnes âgées est de moins en moins naturelle. Les divorces, les séparations, l'éloignement géographique, espacent et parfois effacent le lien entre générations. Surtout, un nombre important de personnes âgées est laissé pour compte. Celles-ci subissent un isolement relationnel important et réel, fruit des difficultés que connaît notre société à regarder la vieillesse en face. Un lien durable et constructif entre enfants et personnes âgées est essentiel dans la construction des personnes. Ce décroisement des générations permet ainsi de rompre l'isolement, de renouer des liens sociaux et surtout de redonner une place à chacun au sein d'une entité familiale.

³⁹ Article publié 29 janvier 2013 dans « Actualités maisons de retraite ».

⁴⁰ « Carnet de Voyage intergénérationnel » de Carole Gadet

Que faire, à travers l'intergénérationnel, pour aider les résidents à rompre avec l'isolement et la solitude ?

A partir du diagnostic mettant en avant la problématique citée ci-dessus, je prends conscience qu'il est nécessaire d'instaurer un dispositif permettant l'inclusion des personnes isolées à travers la mise en place d'un lieu de vie intergénérationnel à long terme.

4. Le projet Intergénérationnel

L'idée de créer un lieu de vie intergénérationnel comme l'installation d'une crèche ou un centre aéré dans l'établissement par exemple, est à vocation multiple. Tout d'abord, il s'agit de revaloriser l'image de la personne âgée pour elle-même et pour son entourage. C'est aussi redonner un rôle à ces personnes qui, une fois placées en institution, estiment ne plus être utile à la société et enfin, c'est permettre ainsi de recréer un contexte favorable pour reprendre confiance en soi.

La Fondation Saint-Jean de Dieu est régie par la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale qui soumet les établissements à une législation de mise en place d'évaluation interne / externe en vue d'améliorer les qualités des prestations proposées⁴¹.

L'évaluation externe a lieu tous les 7 ans. Il s'agit d'une démarche effectuée par un Audit extérieur habilité par l'ANESM. L'objectif de cette démarche externe est d'examiner les résultats de l'évaluation interne et d'en vérifier la pertinence.

L'évaluation interne permet le renouvellement d'une part des autorisations par les autorités compétentes et d'autre part, de la convention tripartite (signée entre Conseil Général, l'EHPAD et la DRASS⁴²). Il s'agit d'une démarche d'auto-évaluation qui porte sur les procédures mises en place dans l'établissement et qui a lieu tous les 5 ans. L'évaluation interne est composée de 5 axes :

- **Axe 1** : La garantie des droits individuels et collectifs
- **Axe 2** : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

⁴¹ « Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles – L'évaluation interne : repères pour les EHPAD » Guide de l'ANESM

⁴² DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

- **Axe 3** : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance
- **Axe 4** : La personnalisation de l'accompagnement
- **Axe 5** : L'accompagnement de la fin de vie

A l'occasion de cette démarche interne, la réactualisation du projet d'établissement a été effectuée courant de l'été 2012 et ces 5 axes ont été intégrés. L'axe 4 qui permet la personnalisation des activités individuelles ou collectives et la possibilité du maintien des liens sociaux donne l'opportunité d'explorer différentes possibilités sur ce thème. La création d'un lieu de vie intergénérationnel est possible puisque ce projet s'inscrit en partenariat entre les résidents, les instances représentatives de l'établissement, la Direction et les collaborateurs volontaires dans le but d'améliorer l'accompagnement des résidents.

Puisque le cadre légal me permet d'engager une réflexion sur la création d'un lieu de vie intergénérationnel, je choisis de rencontrer les différents partenaires de l'établissement (Direction, Conseil d'Administration, Conseil de la Vie Sociale,...) afin de présenter les constats précédemment relevés dans le diagnostic.

4.1. Le « Pré-projet »

Après avoir exposé mes différents constats auprès de la Direction de l'EHPAD, leur accord pour poursuivre mes recherches m'est donné. Je dois donc présenter mon analyse aux instances représentatives de l'établissement pour les informer et obtenir leur avis puis, je dois constituer les équipes nécessaires à la poursuite des recherches.

Dans le cadre de cette création je dois réaliser un **pré-projet** en amont du projet. Il s'agit de mener une étude de faisabilité avant la mise en place et la réalisation du projet qui la création d'un lieu de vie intergénérationnel. La réalisation de ce pré-projet demande une organisation précise. Dans un premier temps, je constitue deux listes des tâches⁴³ :

- une liste pour les tâches à réaliser dans le pré-projet : pour me permettre de canaliser le travail et donner l'ouverture au Comité de Pilotage (COFIL) de suivre la réalisation,

⁴³ Cf. Annexe 5 « Liste des tâches Projet » pages 65

- une liste pour le travail des équipes : pour qu'elles puissent connaître la globalité du travail demandé avec les délais impartis.

Dans un second temps, ces listes me permettent de planifier et d'organiser aux plus justes les tâches à programmer. Suite à ces documents, je peux définir les ressources dont j'ai besoin pour constituer les équipes de travail.

Enfin, ces outils me permettent de pouvoir programmer la durée du pré-projet dans le temps et de donner une durée de réalisation de l'étude de faisabilité à l'ensemble des intervenants⁴⁴.

Le pré-projet se déroule en 7 phases de la communication du projet en passant par la réflexion d'équipe jusqu'à la réalisation du budget et l'évaluation du projet dès sa réalisation programmée dans le temps.

4.2. Phase 1 : Communiquer autour du projet

La première phase dans toute réalisation de projet est la communication. En premier lieu j'établi un plan de communication simple autour de constats de l'utilité de l'intergénérationnel. J'utilise cette technique pour faire connaître mon travail et fédérer les différents acteurs (résidents, instances représentatives de l'établissement et salariés) autour de mon idée. Ce plan se déroule tout au long du projet car il me sert dans ma communication quotidienne sur différents points (réunions, entretiens avec des prestataires,..) et sous différentes formes (diaporama, mail, affichage,..).

La présentation aux différentes instances de l'établissement se fait sous forme d'un diaporama explicatif Powerpoint que je réalise et que je diffuse lors des réunions avec les différents intervenants. L'atout de ce document est de me permettre d'appuyer mon argumentation par la visualisation. Je dois être persuasive en argumentant et en expliquant chaque point.

Le premier objectif est de présenter le travail de diagnostic relatif à la problématique de solitude, d'isolement et de rupture familiale des résidents de l'établissement.

⁴⁴ Cf. Annexe 6 « Planning des Tâches Projet » pages 66

Le deuxième objectif est de proposer la création d'un lieu de vie intergénérationnel d'une part, pour répondre à la problématique du diagnostic posé puis d'autre part, pour développer le réseau social des résidents.

Le but est de faire connaître cette étude sur la création d'un lieu de vie intergénérationnel pour fédérer les personnes afin de les faire participer aux équipes de travail.

Cette présentation s'effectue à la fin des réunions des membres du Comité Local d'Établissement, du Conseil de la Vie Sociale et du Comité d'Entreprise. Je choisis cet ordre-là par rapport à l'importance des instances décisionnelles. Les instances sont informées de cette présentation par l'intermédiaire de l'ordre du jour situé dans leur courrier de convocation. Pour les collaborateurs, je les informe par voie d'affichage dans les salles de soins de chaque unité ainsi que dans les bureaux administratifs.

4.2.1. Le Comité Local d'Établissement

La Fondation est administrée par un Conseil d'Administration sur le plan national qui est composé d'un Président, d'un Vice-président, d'un Trésorier et d'un Secrétaire.

Afin de prendre en compte les réalités spécifiques régionales ou locales, le Conseil d'Administration (CA) de la Fondation Saint Jean de Dieu a mis en place au sein de chaque site un Comité local d'établissement (CLE). L'objet est de promouvoir un lien étroit entre la Fondation et les établissements. Son fonctionnement est similaire au Conseil d'Administration avec la même fréquence de réunions. Il comprend plusieurs membres, dont un Président élu et un Secrétaire.

Le but de cette action auprès de cette instance est de présenter mon analyse et d'obtenir leur accord pour poursuivre le travail de création d'un lieu de vie intergénérationnel. Le CLE valide ma démarche et je peux poursuivre mon pré-projet.

4.2.2. Conseil de la Vie Sociale

Après la validation de cette démarche par les membres du CLE, je présente le même diagnostic de constats et de propositions aux membres du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Cette instance consultative est mise en place pour favoriser la participation et l'expression des usagers

accueillis au sein de l'EHPAD ainsi que de leurs familles ou tuteurs. Le CVS est composé d'un Président qui est un usager, de 4 résidents représentant les usagers, de 3 représentants des familles ou représentants légaux, d'un représentant du personnel, du Frère Supérieur de la Communauté et de la Direction de l'Établissement.

Le Conseil permet aux usagers de l'établissement d'être informés et d'être consultés sur toutes questions relatives au fonctionnement de l'établissement. Il permet également de relayer les avis ou les attentes des résidents et de leurs familles, d'associer à l'élaboration et à la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ainsi que tout ce qui concerne l'organisation de la vie intérieure quotidienne de l'établissement (les activités, l'animation socio-culturelle, les services thérapeutiques et les projets de travaux).

Le but de cette action est de leur démontrer l'utilité de ce lieu de vie et de les fédérer autour du projet. Parmi cette instance, un résident et un membre de sa famille se porte volontaire pour élaborer le pré-projet à mes côtés.

4.2.3. Le Comité d'Entreprise

Le projet de création d'un lieu de vie intergénérationnel est présenté aux membres du Comité d'Entreprise (C.E.), qui sont des salariés de l'EHPAD, afin de le porter à leur connaissance. Le but est d'obtenir de leur part un soutien par leur approbation car cette institution représentative du personnel détient les attributions à la fois sociales et économiques. Le C.E., aux termes de la loi du 28 octobre 1982, dite Loi Auroux, a pour objet d'assurer une expression collective des salariés, permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production. Selon l'article L 2323-86 du code du travail, la contribution initiale aux activités sociales et culturelles peut être prise en compte.

Les membres du C.E. sont interpellés par cette présentation puisque cela répond à des observations qu'ils avaient eux-mêmes faites dans l'exercice de leurs fonctions et que cela répond à une véritable problématique auprès des résidents. Pour soutenir ce projet de création d'un lieu de vie intergénérationnel, le C.E. propose d'apporter un soutien financier. Un membre de ce Comité se propose de participer aux groupes de travail.

4.2.4. Le Personnel Soignant, Administratif et Technique

Deux fois par mois, durant deux jours, les équipes soignantes se retrouvent ensemble toute la journée sur le site. C'est le moment choisis par les équipes encadrantes pour mener des réunions de service et où la Direction met en place des minis formations sur les risques liés au travail, la santé,... J'utilise ce moment-là pour intervenir et permettre ainsi d'éviter aux équipes de faire des heures supplémentaires pour assister à ma réunion.

Je leur présente mon travail afin de les informer de l'avancée de mes recherches, de les fédérer autour de mon projet et de les inciter à participer à la création du lieu de vie intergénérationnel. Le mode de présentation est le même que celui effectué auprès des 3 instances représentatives de l'établissement avec un diaporama Powerpoint.

Les réactions sont favorables auprès des équipes soignantes : « *Ce serait vraiment bien que les résidents puissent avoir des enfants auprès d'eux* ». Les personnes sont très intéressées et m'interpellent sur le mode de participation aux groupes de travail.

Une question m'est également posée par les collaborateurs⁴⁵ : « *créer un lieu de vie intergénérationnel c'est une excellente idée mais pourrions-nous intégrer nos propres enfants dans le concept ?* » Je propose que cette réflexion fasse partie des pistes de recherches.

J'obtiens plusieurs participants : 1 Secrétaire Médicale, 1 Infirmière, 8 Aides-soignantes et 4 Agents de Soins. Soit 14 participants sur une centaine de salariés. Les Chefs de Services manifestent également leur intérêt et deux d'entre-elles décident de participer au programme.

4.3. Phase 2 : Constitution des équipes.

4.3.1. Le Commanditaire

Le Commanditaire est le Président du C.L.E.

Je le tiens régulièrement informé de l'avancée du pré-projet soit par compte rendu, soit par mail ou encore de façon informelle. Je suis son interlocuteur privilégié dans le cadre de ce travail.

⁴⁵ Terme interne à l'établissement pour désigner les salariés

4.3.2. Chef de Projet : mon rôle

Dans ce projet, je me positionne en tant que Cadre intermédiaire. Ce poste me permet d'être en relation avec les résidents, la Direction et les équipes soignantes. De ce fait, je suis facilement identifiable.

Je suis responsable de la programmation des tâches, de leur lancement, du respect du planning, de la réalisation d'un budget prévisionnel et de l'évaluation du projet dans le futur. Mon rôle auprès des équipes est :

- D'encadrer et de coordonner les équipes c'est à dire :
 - Organiser le travail en posant un cadre précis car c'est ce qui donne la liberté organisationnelle à l'intérieur du cadre.
 - Animer l'équipe à l'intérieur du cadre en donnant une âme au projet et du dynamisme,
 - Motiver les équipes en créant des conditions favorables au travail de groupe,
 - Communiquer en échangeant, informant et partageant le savoir.

- De mettre en œuvre l'ensemble des outils nécessaires à la bonne conduite de ce projet et aux actions menées.

4.3.3. Le Comité de pilotage : son rôle

Le rôle du Comité de Pilotage (COPIL) est de veiller au bon fonctionnement du projet, d'analyser les propositions que je fais et de suivre l'avancée du projet. Il valide les décisions importantes et arbitre quand c'est nécessaire.

En fonction des candidatures, je choisis de composer mon COPIL de la manière suivante : le Président ainsi qu'un membre du CLE, du Directeur, du Directeur Adjoint, de 2 Chefs de Services ainsi que d'un résident et un membre de famille. Soit 8 personnes.

4.3.4. Constitution des équipes de travail

D'après les sollicitations reçues des collaborateurs non cadre (personnel administratif, soignant et technique), je sélectionne les personnes en fonction de leurs motivations et de leurs atouts. Je constitue les équipes suivantes :

<u>Équipe 1</u>	<u>Équipe 2</u>
1 Secrétaire Médicale	1 Infirmière
4 Aides-Soignantes	1 Membre du CE
2 Agents de Soins	4 Aides-Soignantes
	2 Agents de Soins

Je me positionne dans ces 2 groupes en tant qu'Animateur puisque je vais organiser le travail, les aider à s'exprimer, à respecter le tour de parole et à demeurer dans le sujet.

Un groupe fonctionne bien en petit comité d'où la constitution de 2 équipes de travail. Chaque membre est important pour faire progresser le travail, c'est pourquoi je réparti la tâche et je donne un rôle à chacun des membres. Ces rôles peuvent être attribués pour l'ensemble du pré-projet, mais peuvent aussi être attribués à chaque rencontre. L'objectif d'un travail d'équipe est de se diviser les tâches et de s'unir pour atteindre les buts fixés.

Les groupes de travail⁴⁶ se réuniront tous les 15 jours, durant 2 heures pendant les 2 jours de regroupement et cela sur 2 mois soit 9 réunions au total. La première commencera mi-mars, fin mars, début avril, mi-avril et début mai. Le but est de faire aboutir les recherches avant les vacances estivales. Des pistes de recherches seront données et des outils leurs seront proposés (salle, ordinateur, internet).

Je propose différents rôles aux membres des équipes travail. Ces rôles sont attribués en début de réunions par proposition. Je délègue ces rôles pour que tout le monde puisse participer à chaque réunion en ayant un rôle actif. L'objectif est de favoriser la prise d'initiative, la création et la motivation des équipes. Il me faut donc :

⁴⁶ Cf. Annexe 7 « Liste des Tâches Équipes » page 67
Cf. Annexe 8 « Planning des Équipes » pages 68

- **1 Secrétaire** : qui va prendre des notes sur la réunion et les décisions prises. La personne résume et rédige ce qui se dit dans mon équipe et le rapporte au besoin.

Je demande l'écriture systématique des comptes rendus de réunions pour éviter la perte d'informations. Il réduit le risque de la transmission orale et les mauvaises interprétations. De plus, la traçabilité garantit l'efficacité de l'action. Un cahier de transmissions sert de support aux comptes rendus. Ainsi, chacun peut s'informer des dernières réunions.

- **1 Gardien du temps** : le responsable du temps dispose d'une montre ou d'un chronomètre et il surveille l'heure. Il s'assure que l'équipe réalise la tâche dans le temps imparti.

4.4. Phase 3 : Étude et conception de pré-projet.

4.4.1. Étape 1 : Réflexion et recherches

Selon les constats effectués autour des résidents sur la rupture familiale, la solitude, d'isolement et leur souhait de voir plus souvent des enfants, j'organise une réflexion autour de mon diagnostic sur ce qui peut être réalisé au sein de l'établissement en intergénérationnel. De plus, comme il m'a été demandé par des collaborateurs, je prévois une réflexion sur l'intégration de leurs enfants dans ce concept. Mon rôle est de donner un sens au projet, au travail, de préciser les tâches à réaliser et de définir les objectifs à atteindre.

La durée de travail que je fixe est de 4 séances de deux heures. Je missionne les équipes aux tâches suivantes :

- **Au premier groupe de travail** :

« *Qu'est-ce qui peut être mis en place comme solution intergénérationnelle dans l'établissement ? Comme par exemple : faire des échanges avec des écoles, créer une structure pour l'établissement, une crèche, un centre aéré, ...* ».

Pour cette mission et face à la lourdeur des recherches, je choisis de faire des binômes :

- **Trinôme 1** : Rechercher si des partenariats entre des maisons de retraite et des écoles ou centres sociaux existent, le temps d'accueil des enfants et dans quels conditions (crèche, centre aéré,...)

- Binôme 2 : Rechercher les différents modes de garde en France pour les enfants de moins de 6 ans
- Binôme 3 : Rechercher les différents modes de garde en France pour les enfants de plus de 6 ans.

Ces sous-groupes font gagner du temps dans les recherches et permettent de ne pas disperser les réflexions. Par séance de travail de 2h, j'obtiens 8h de travail (2h de travail X 4 binômes = 8h de travail) soit pour 4 séances de travail = 32h. Pour les aider dans leurs recherches, je mets à dispositions différents outils : 6 ordinateurs portables, internet, imprimante,...

➤ Au deuxième groupe :

« Étudier les besoins des salariés en matière de garde d'enfants puisqu'ils ont le souhait de faire bénéficier de lieu de vie avec leurs enfants ».

Je ne crée pas de binômes car un travail d'équipe est envisageable. Je demande à l'équipe de réaliser une enquête auprès des collaborateurs pour connaître leurs besoins en le diffusant et en étudiant⁴⁷ les résultats obtenus.

Je mets à dispositions différents outils : ordinateur portable, internet, imprimante,...

4.4.2. Étape 2 : Retour des réflexions

Après les 4 séances de travail organisées, plusieurs pistes ont été exploitées par les équipes.

➤ La première équipe de travail :

Après la synthèse des informations trouvées et étudiées, l'équipe s'est orientée sur les différents modes de gardes d'enfants existant en France. Ce choix est motivé par le souhait de l'équipe de voir se pérenniser le lien intergénérationnel⁴⁸.

Je retiens avec l'équipe, comme piste de travail, la création d'une crèche ou d'un centre aéré en relation avec les résidents. Toutefois, je n'élimine pas l'idée de créer des échanges avec des écoles ou un centre social. Je reprendrai cette idée si le budget prévisionnel n'est pas favorable à la création d'une structure.

⁴⁷ Cf. Annexe 9 « Questionnaire Collaborateurs » pages 69

⁴⁸ Cf. Annexe 10 « Modes de Garde en France » pages 70

➤ **La deuxième équipe de travail :**

Après les 4 réunions organisées, le membre du C.E. fourni à l'équipe de travail des données sur les enfants des collaborateurs. Il y a 55 enfants âgés de 3 à 13 ans et 3 nouveaux nés au 31.12.2012.

Suite à l'enquête menée auprès des salariés, un échantillon a été obtenu. Sur 27 réponses, 25 personnes ont des enfants de moins de 13 ans et sont gardés majoritairement par la famille. De plus, les salariés se montrent vivement intéressés par un mode de garde au sein de l'établissement⁴⁹.

4.4.3. Étape 3 : Réflexion du COPIL

Je soumetts au COPIL les pistes explorées par les équipes de travail afin de leur présenter les recherches effectuées. Le COPIL opte pour le choix du centre aéré car il répond à plusieurs constats effectués précédemment. De plus, l'argumentation sur l'interactivité et la communication entre les enfants (à partir de 3 ans) et les personnes âgées intéresse séduit le COPIL. Il est évident que les échanges seront plus faciles à mettre en place avec des enfants en âge de parler, d'écouter et que des transmissions de savoir pourront se faire.

De plus, j'expose le choix d'un partenariat qui peut être envisagé avec d'autres centres aérés mais le COPIL préfère que l'établissement crée sa propre structure.

Le COPIL me demande à ce qu'une analyse plus approfondie sur la faisabilité de cette création soit réalisée. Le Directeur m'informe de son souhait de voir cette structure intergénérationnelle ouverte vers l'extérieur car c'est une volonté de la Fondation.

Je demande également où la structure s'implantera. Le COPIL propose que « La Ferme » soit exploitée. Actuellement, elle est prêtée à une Association jusqu'en juin 2014 et elle a bénéficié d'une rénovation et d'une mise aux normes très récemment⁵⁰.

⁴⁹ Cf. Annexe 11 « Analyse Questionnaire Collaborateurs » pages 71

⁵⁰ Cf. Annexe 12 « La Ferme » pages 72.

4.5. Phase 4 : Un Centre aéré intergénérationnel – Faisabilité ou conte de fée ?

4.5.1. Étape 1 : Un centre oui mais comment ?

Après la réunion avec le COPIL, j'organise une nouvelle réunion pour informer les équipes de travail de l'avancée du pré-projet, de la validation de leurs recherches et de la satisfaction qu'ils ont apporté au Commanditaire. Par cette action, je motive à nouveau mes équipes pour reprendre le travail et je leur explique les nouvelles attentes émises. Le challenge étant plus important, je conserve mes 2 équipes de recherches qui se portent volontaires à nouveau pour relever ce nouveau défi.

Mon rôle reste identique dans cette nouvelle étape. J'organise les missions de travail de la manière suivante :

➤ **La deuxième équipe doit :**

« *Rechercher la définition d'un centre aéré avec l'appellation exacte, repérer les différents critères à répondre pour créer cette structure et identifier les différents partenaires : Caisse d'Allocations Familiales, Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale, la Protection Maternelle Infantile, Mairie, ...* ».

Dans le cadre de cette mission, j'organise à nouveau des binômes. L'équipe étant composée de 8 acteurs, j'organise le travail de la façon suivante :

- **Binôme 1** : Rechercher la définition exacte de « Centre Aéré »
- **Binôme 2** : Repérer les différents critères pour créer cette structure
- **Binôme 3** : Identifier les différents partenaires avec lesquels il faut travailler (Caf,..)
- **Binôme 4** : Rechercher quels sont les conditions d'admission en centre aéré.

Outils mis à la disposition : 6 ordinateurs portables avec accès internet et imprimante, un véhicule de fonction si besoin de déplacement dans le temps imparti, une salle de réunion et petites fournitures.

Je choisis de faire faire les recherches par le 2^{ème} groupe afin que le premier groupe puisse passer à son tour de la recherche au pratico-pratique.

➤ **La première équipe :**

A une mission très différente. Les membres du COPIL ayant exprimé le souhait de s'ouvrir vers l'extérieur, la question que je pose à l'équipe est de savoir « *comment les gens perçoivent les résidents de l'établissement ?* ». L'objectif est de faire tomber les préjugés du public extérieur sur les résidents de l'établissement en vue d'une ouverture vers les autres.

L'équipe connaissant très bien les résidents, ils ne sont pas inquiets de mettre des enfants avec eux. Cela dit, d'un point de vue extérieur, les pathologies psychiatriques ne sont pas toujours bien vues comme je l'ai exposé précédemment.

Je décide de laisser l'équipe faire des propositions. Je consulte le groupe pour prendre en compte leurs positions et leurs idées. Plusieurs pensent à organiser une journée portes ouvertes afin de faire découvrir l'établissement et d'autres proposent d'enquêter sur les préjugés des gens et de voir comment ils peuvent répondre aux inquiétudes.

Je retiens l'enquête auprès du public extérieur sur la psychiatrie puisque l'établissement ouvre déjà ses portes tous les ans au public. Quel est le but de ce questionnaire ? En fonction des réponses obtenues, l'idée est de synthétiser les informations, défaire les aprioris et de réaliser une plaquette de présentation des résidents à destination des familles extérieures pour répondre à d'éventuelles inquiétudes.

Pour réaliser ce questionnaire⁵¹, je leur donne une technique de travail simple et ludique : le brainstorming ou remue méninge. Chacun écrit sur un tableau son idée. Ainsi, tous les participants peuvent prendre la parole, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises idées.

Je mets à disposition différents outils : un tableau et des feutres, un ordinateur portable, une imprimante et un photocopieur. Le cahier des comptes rendus est toujours en fonction.

Le temps imparti pour ces réalisations est de 4 séances de 2 heures.

⁵¹ Cf. Annexe 13 « Questionnaire Psychiatrie » pages 73 à 74

4.5.2. Étape 2 : Recherches et aboutissement

Après les 4 séances de travail, les équipes se sont montrées très motivées et appliquées dans leurs tâches même si quelques difficultés rédactionnelles sont apparues. Voici les résultats obtenus :

➤ *La Deuxième équipe :*

Les résultats de la deuxième équipe de travail ont été probants. Beaucoup de recherches ont été menées et l'équipe ne s'est pas démotivée. L'envie d'avoir un lieu de vie en interaction entre les résidents et les enfants a permis de conserver la motivation nécessaire à la poursuite de leur étude.

Il est ressorti de cette enquête que la création d'un ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) était réalisable⁵². L'ALSH doit remplir certains critères comme :

- Accueillir au minimum 7 enfants âgés de moins de 18 ans,
- Organiser les temps de loisirs les mercredis, samedis (excepté le dimanche), petites et grandes vacances,
- Fonctionner au moins 14 jours dans l'année et au moins 2 heures par journée.
- Déclarer les locaux, les activités et les animateurs aux services préfectoraux (directions départementales chargées de la cohésion sociale).

Un ALSH peut être organisé par toute personne morale ou physique dès lors que cette dernière perçoit une rétribution. Les organisateurs sont essentiellement des associations à but non lucratif, mais aussi des collectivités locales et des comités d'entreprise.

L'organisateur doit satisfaire aux obligations prévues par la législation concernant la « protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs ». L'établissement devra également signer un contrat « Enfance-Jeunesse » auprès de la Caisse d'Allocations Familiales et la Mairie de l'arrondissement. Les objectifs de ce contrat sont de :

⁵² Cf. Annexe 14 « Accueil de Loisirs Sans Hébergement » pages 75 à 82

- Favoriser le développement et optimiser l'offre d'accueil par : Une réponse adaptée aux besoins des familles et de leurs enfants et une politique tarifaire accessible aux enfants des familles les plus modestes.
- Contribuer à l'épanouissement des enfants et des jeunes et à leur intégration dans la société par des actions favorisant l'apprentissage de la vie sociale et la responsabilisation pour les plus grands.

En conclusion, l'établissement est en droit de créer cette structure. Cependant, l'équipe soulève une problématique rencontrée avec la Protection Maternelle Infantile (PMI). Lors d'une prise de contact téléphonique avec eux, il leur a été indiqué que pour les enfants de moins de 6 ans, un agrément auprès de la PMI sera demandé. Lorsque les membres ont précisé qu'il s'agissait d'un EHPAD à orientation géronto-psychiatrique, la PMI leur a signifié que l'agrément ne se ferait pas à cause de la pathologie des résidents au motif que cela traumatiserait les enfants. Une rencontre sera donc nécessaire pour les convaincre et faire tomber les préjugés sur l'établissement.

➤ **La première équipe :**

Elle avait pour objectif de faire tomber les aprioris sur l'établissement psychiatrique. Dans ce cadre-là, l'équipe a réalisé un questionnaire à destination d'un public extérieur. Le but est de se préparer aux interrogations de futures familles et des partenaires sociaux afin de les rassurer et de leur prouver que le public que l'EPHAD accueille n'est ni violent, ni agressif et que les enfants seront en sécurité.

Ce travail a été diffusé auprès d'un large public (environ 100 envois par mail) et un échantillon de 17 personnes a pu être constitué (14 femmes et 3 hommes). Différentes questions sont posés pour connaître l'étendu des connaissances du public extérieur à l'établissement sur la psychiatrie et l'image qu'ils en ont.

L'analyse de ce questionnaire⁵³ met en lumière la méconnaissance des publics extérieurs sur l'accueil des personnes psychiatriques. Cependant, les interrogés ne sont pas favorables au mélange des personnes âgées avec les personnes âgées malades psychiquement. Toutefois ces mêmes interrogés sont d'accord pour laisser leurs propres enfants partagés un moment de convivialité avec ces mêmes personnes.

⁵³ Cf. Annexe 15 « Analyse des réponses du questionnaire Psychiatrie » pages 83 à 84

4.5.3. Étape 3 : Le COPIL

Le COPIL est satisfait du travail réalisé par les équipes. Le commentaire effectué par un représentant de la PMI reste problématique. Je demande à pouvoir prendre un rendez-vous avec cet organisme afin de leur présenter le travail effectué et de démontrer ainsi le bienfondé de cette création auprès des résidents et des enfants. Le Directeur se propose de m'accompagner.

Autre point, je demande au COPIL de réfléchir au nom de cette structure. Après un tour de table, le nom « Les Grenadines » est retenue. Les « Grenadines » font référence au fruit la grenade, symbole de Grenade, la ville où a vécu Jean de Dieu et logo emblématique de la Fondation. L'idée de cette nouvelle génération porteuse des valeurs d'hospitalité et de charité plait au Commanditaire et au COPIL.

Dernier point, le COPIL me demande de parfaire mon pré-projet en réalisant un budget prévisionnel. Cet élément permettra d'étudier la viabilité de l'ALSH dans l'établissement.

4.6. Phase 5 : Le budget prévisionnel

Le budget prévisionnel est un tableau financier regroupant l'ensemble des dépenses (ou charges) et des recettes (ou produits) liés au projet pour l'année à venir. Il est réalisé lors du lancement du projet et la recherche de financements. C'est la feuille de route que je devrais suivre lors de la réalisation du projet. Le budget prévisionnel est un outil important car il me permet de contrôler mes prévisions. L'idée n'est pas de réaliser un budget avec des données vaguement estimées, mais de travailler à partir de données sérieusement calculées et vérifiées. L'établissement d'un budget prévisionnel consiste à recenser, identifier et classer les dépenses puis les recettes et à réaliser des ajustements pour atteindre l'équilibre ou la marge espérée.

En ce qui concerne le bien immobilier, les locaux sont mis à disposition par l'EHPAD. De plus, l'établissement prend à sa charge l'eau, l'électricité, le chauffage et l'assurance. Toutefois, ces éléments apparaîtront sur le budget prévisionnel.

Pour réaliser mon budget, il me faut définir les besoins que je dois intégrer en considérant que je choisis d'ouvrir l'ALSH le mercredi, samedi, vacances et jours fériés avec une amplitude horaire de 06h00 à 21h00 (soit 15h00 d'ouverture par jour) :

- Le nombre de jours d'ouverture :
 - 36 mercredis,
 - 36 samedis et,
 - 90 jours de vacances scolaires (jours fériés inclus)
= soit 162 jours d'ouverture sur 365 jours.

- Le ratio d'encadrement :

Il s'agit, dans ce cadre-là, d'un recrutement de personnel titulaire d'un BAFA (Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur). Je ne recrute pas de BAFD (Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Direction) car le Directeur de l'EHAPD possède un diplôme lui permettant de gérer ce type de structure.

Pour réaliser ce ratio, je me base sur les réponses obtenues lors de la diffusion du questionnaire auprès des collaborateurs et choisi un ratio d'encadrement pour 24 enfants selon la législation en vigueur pour l'accueil de mineurs :

Nombre d'Animateur	Nombre d'enfants	Nombre d'animateurs sur la journée	Total
1 Animateur pour 8 enfants de moins de 6 ans	0 <i>(Je pars du principe que je n'ai pas l'agrément de la PMI)</i>	0 Animateur Matin 0 Animateur Soir	0 Animateur par jour
1 Animateur pour 12 enfants de 6 ans et plus.	24	2 Animateurs Matin 2 Animateurs Soir	4 Animateurs par jour

- La restauration (petit déjeuner + goûter + repas midi + repas soir) : devis demandé auprès d'EUREST et SODEXO,
- L'investissement mobilier nécessaire : devis demandé auprès de la CAMIF Collectivité et DIRECT Collectivité,
- Les prestations proposées par la Caisse d'Allocations Familiales.

Afin de réaliser mon budget au plus juste, je dois avant tout réaliser plusieurs documents qui vont m'aider dans mes calculs :

➤ **Un budget des frais de personnel**

Il s'agit d'un tableau reprenant les dépenses de personnel qui constituent, avec les achats, la charge la plus importante de la structure. Calculer les frais du personnel me permet d'évaluer les salaires que je vais devoir intégrer dans le budget prévisionnel.

Je détaille⁵⁴ mois par mois le nombre de jour d'ouverture, le nombre d'heures travaillées par jour, le nombre d'équipes nécessaires et le coût horaire brut + charges patronales.

Le coût horaire correspond au montant du smic horaire brut de 9.43 € au 01^{er} janvier 2013.

De plus, il est important de prendre en considération les charges sociales patronales qui sont des prélèvements obligatoires permettant de financer des prestations sociales. Sur 9.43€ de l'heure brut, la cotisation patronale est de 25% => soit 12 € brut de l'heure tout compris.

Ces informations vont me permettre de faire une estimation des frais de personnel la plus réaliste possible.

Des contrats aidés tels que les CUI-CAE (Contrat Unique d'Insertion – Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi) ou « Les Emplois d'Avenir » des jeunes de 16 à 25 ans, sans diplôme et en recherche emploi pourront être utilisés et pourront donner droit à des avantages fiscaux comme par exemple l'exonération :

- des cotisations à la charge patronales au titre des assurances sociales et des allocations familiales ;
- de la taxe sur les salaires ;
- de la taxe d'apprentissage ;

En ce qui concerne les Emplois d'Avenir, ils permettent une aide de l'Etat s'élevant dans le cas général à 75% de la rémunération brute au niveau du Smic pour les employeurs du secteur non marchand.

Dans le calcul de ces frais, je ne les prends pas en considération pour l'instant.

⁵⁴ Cf. Annexe 16 « Budget frais du personnel » pages 85.

De plus dans ce document, il apparaît le nombre d'heures facturées en fonction de la répartition évaluée des enfants. Ces informations vont m'être utiles dans le calcul de la Prestation de Service.

➤ **Un tableau d'amortissement**

Ce tableau d'amortissement linéaire, en annexe⁵⁵, me permet d'étaler le coût d'un investissement (immobilier, mobilier, informatique,...) sur sa durée d'utilisation.

Je demande des devis auprès d'organismes de collectivités locales (CAMIF Collectivités et DIRECT Collectivités) pour l'achat de mobiliers. A partir de ces documents, j'établis un tableau d'amortissement pour connaître le coût que cela va représenter chaque année. Ce document apportera des éléments de réponses dans le calcul de la Prestation de Service ainsi que dans le budget prévisionnel

➤ **La Prestation de Service**

La Prestation de Service (PS) est une prestation versée par la CAF à l'organisme d'accueil des mineurs pour les enfants à partir de 6 ans. Pour les enfants de 0 à 6 ans, il s'agit de la Prestation de Service Unique (PSU). Dans la mesure où un agrément de la PMI est nécessaire pour recevoir les enfants entre 3 et 6 ans (que nous n'avons pas encore eu), je ne prends pas en considération cette prestation.

Le tableau ci-joint en annexe⁵⁶ prend en compte les dépenses de fonctionnement (salaire + restauration), les amortissements et le nombre d'heures prévues d'ouvertures.

Le nombre total d'heures réalisées correspond à la somme des heures de présence effective de tous les enfants en considérant que les enfants sont là 8h par jour (le temps de présence ne peut aller au-delà de 8h).

Ce document me permet d'apporter des éléments de réponses à mon budget prévisionnel quant aux coûts de revient, le nombre d'heures annuels réalisées et le montant de la prestation de la CAF.

⁵⁵ Cf. Annexe 17 « Tableau d'Amortissement » pages 86 à 87.

⁵⁶ Cf. Annexe 18 « Prestation de Service » pages 88

➤ Un budget prévisionnel

Le budget prévisionnel relate les différents éléments précédemment cités : les salaires (brut avec charges), la restauration, les fournitures, les investissements et la prestation de service.

Dans ce calcul budgétaire, le résultat a pour but de donner un prix médian⁵⁷ par journée et par enfant. La CAF donne une participation aux frais d'accueil qui est la PS en fonction du quotient familial. Par conséquent, il est évident que des foyers non imposables paieront moins cher que des foyers imposables.

- Budget n°1 :

Le budget prévisionnel⁵⁸ est établi sur la base d'une ouverture du lundi au samedi, jours fériés compris ainsi que des horaires larges (06h00-21h00).

Il indique très rapidement que le prix médian de journée pour les familles est excessivement élevé soit 32.44 € par jour et par enfant.

Par conséquent, je décide de réaliser un nouveau budget prévisionnel en réduisant les coûts de fonctionnement.

- Budget n°2 :

Je reprends les éléments précédemment cités (Frais de personnel et prestation de service) et je choisis de ne pas ouvrir l'ALSH le samedi ni les jours fériés afin de réduire les frais de personnel. De plus, un nouveau devis pour la restauration est établi.

Le coût médian par journée et par enfant s'élève à 22.54 €⁵⁹.

4.7. Phase 6 : Présentation au COPIL

Je présente au COPIL les différents tableaux calculés et les résultats obtenus.

Le budget n°1, pour une ouverture le mercredi, samedi, vacances et jours fériés, met en évidence un tarif médian par jour et par enfant très élevé : 32.44€.

⁵⁷ Prix moyen

⁵⁸ Cf. Annexe 19 « Budget Prévisionnel » pages 89.

⁵⁹ Cf. Annexe 20 « Budget Prévisionnel n°2 » pages 90 à 92

Le budget n°2, après reconsidération des différentes données d'ouvertures et de calculs, ~~à ont~~ permis d'évaluer un prix moyen de journée à 22.54 € par enfant.

En sachant que le tarif journée par enfant, en ALSH municipal⁶⁰, est plafonné à 21.00 €, le tarif médian est de 12.50 € puisque le prix minimum est de 4.50 €. Le coût médian de 22.65 € que j'ai calculé est donc trop élevé par rapport au 12.50 € de l'ALSH Municipal.

Par conséquent, le projet de création d'un lieu de vie intergénérationnel par l'intermédiaire d'un ALSH au sein de l'établissement est remis en question.

Je propose au COPIL plusieurs solutions :

1. Réaliser une enquête des besoins auprès de l'ensemble des collaborateurs de l'établissement afin de savoir quel montant maximum sont-ils prêts à mettre dans la participation à l'ALSH. Il sera important de leur rappeler que cette différence est due à la surcharge salariale des animateurs suite à l'ouverture de l'ASLH en fonction de leur amplitude de travail (06h00-21h00).
2. Prendre un rendez-vous avec la CAF afin d'obtenir plus d'informations concernant les prestations auxquels l'ALSH pourrait être sujette. A ce jour, après avoir pris contact auprès d'eux pour avoir plus ample informations, il m'a été répondu que tant que l'ALSH n'était pas créée, je ne pouvais avoir plus d'informations.
Par conséquent, le COPIL propose de rencontrer un interlocuteur de la CAF afin d'avoir plus d'informations sur les différentes prestations que l'établissement pourrait obtenir.
3. Il existe une subvention que la Fondation peut demander auprès de l'État (dossier COSA – Cerfa 12156-03). Il s'agit d'un dossier unique de demande de subvention institué en 2002 dans un souci de simplification des relations entre l'Etat et les associations. **Ce dossier concerne le financement d'actions spécifiques ou le fonctionnement général de l'association**, et exclut les demandes relatives à l'investissement. Je ne peux pas évaluer le montant de cette subvention.

⁶⁰ Cf. Annexe 14 « Accueil de Loisirs Sans Hébergement »

4. Autre piste de réflexion que je propose au COPIL : il s'agit de proposer un partenariat avec un centre social. J'expose l'idée de proposer une installation d'un centre ALSH à « la Ferme » avec la gratuité des locaux, de l'eau et du chauffage et, en contrepartie, le Centre doit réaliser des activités avec les résidents, réserver des places aux collaborateurs et si possible, avoir une amplitude horaire plus large (06h00-21h00) pour répondre aux besoins des collaborateurs. Le COPIL accorde cette proposition.

En parallèle de la rencontre entre la CAF et la Direction de l'établissement pour créer la structure ALSH en interne, je dois mettre en place les démarches de prise de contact auprès des différents centres sociaux de l'arrondissement. Je reprends mon plan de communication pour présenter mes constats et mes attendus. Cette nouvelle étape de travail sera programmée pour le mois de septembre et aura pour but de relancer le projet en doublant les possibilités de concrétisation du projet que soit par la création de l'ALSH en interne ou en partenariat.

4.8. Phase 7 : L'évaluation du projet

L'évaluation du projet donne un regard sur le résultat obtenu et permet d'observer, de comprendre et de corriger les pratiques. Dès lors que le projet devient une action concrète, un comparatif entre les objectifs souhaités et les résultats obtenus permet d'approfondir l'analyse. De plus, l'évaluation offre l'opportunité de proposer des évolutions et de remédier aux situations problématiques. L'évaluation permet également de vérifier la pertinence et la cohérence de ce projet, entre les finalités définies et le fonctionnement quotidien de l'ALSH. Elle se compose de critères et d'indicateurs. A long terme, cette évaluation servira de point d'appui pour l'évaluation interne de la structure, soit 5 ans après son ouverture.

Dans cette évaluation, je décide de travailler sur trois axes :

- L'ALSH est ouvert : La réalisation du projet,
- L'intergénérationnalité est atteinte : 2 objectifs
 - le bien-être du résident,
 - le bien-être des enfants.
- Les gains annexes.

Pour chaque critère, des indicateurs sont détaillés avec un plan d'action proposé afin de corriger les effets négatifs repérés ou bien d'améliorer et pérenniser les points positifs.

➤ **Critère l'ALSH est ouvert : la réalisation du projet**

Ce critère a pour objectif d'évaluer la réalisation du projet dans son essence. Plusieurs indicateurs sont déclinés en fonction des points stratégiques de sa réalisation :

- Le projet est réalisé,
- Le respect des obligations contractuelles avec l'État (L'ALSH doit respecter l'ouverture vers un public extérieur),
- Le respect du planning,
- Le respect du budget d'investissement et de fonctionnement.

Voici un extrait des indicateurs à retrouver en annexe⁶¹.

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Le projet est réalisé	Les équipes de travail sont-elles mobilisées ?	X		Remercier les équipes en les invitant et en les mettant à l'honneur le jour de l'inauguration	Juin 2014 Date prévue de l'ouverture	Le Directeur/Le Président de la Fondation
			X	Remobiliser les équipes de travail	Durant la réalisation du projet	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
	L'agrèment par la DRCS est acceptée ? (Peu de risques de refus)	X		Contacteur la CAF et la Mairie de l'arrondissement pour passer un contrat "Enfance Jeunesse"	A réception de l'agrèment de la DRCS	Chef de Projet
			X	Reprendre le projet et prévoir un entretien avec la DRCS	Dès courrier de refus de l'agrèment DRCS	chef de Projet et/ou la Direction et/ou le Président de la Fondation
Respect du budget d'investissement et de fonctionnement	Le budget est-il correct ?	X		Pérenniser le budget en cherchant de nouvelles subventions	Dès l'ouverture de l'ALSH	La Direction et/ou Chef de Projet
			X	Mener des négociations avec les prestataires	Durant la réalisation du projet	La Direction et/ou Chef de Projet
			X	Trouver des sources de financement	Durant la réalisation du projet	Chef de Projet

⁶¹ Cf. Annexe 21 « Évaluation de projet » pages 93 à 99

➤ Critère l'intergénérationnalité est atteinte : 2 objectifs

Ce critère va permettre d'évaluer le projet dans son action auprès des usagers. Je considère avoir 2 objectifs : les résidents et les enfants.

1^{er} objectif : le bien-être du résident.

C'est un **point important** dans l'évaluation car il s'agit avant tout d'un projet réalisé pour leur permettre de rompre avec l'isolement et la solitude.

Plusieurs indicateurs sont nécessaires car ils sont relatifs à l'intérêt porté par le résident aux activités, au centre, à leur implication, à la qualité des échanges et des relations avec les enfants. L'objectif est de vérifier la pertinence du projet auprès des résidents.

Voici un extrait des indicateurs à retrouver en annexe⁶².

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Une relation chaleureuse (qui apporte de l'affection) et bienveillant existe entre les résidents et les enfants.	Les résidents apprécient-ils les échanges avec les enfants ?	X		Faire connaître la particularité du lieu de vie intergénérationnelle et du bonheur qu'il procure aux résidents	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Faire un point avec le personnel (ALSH et EHPAD) encadrant pour savoir si le problème vient du résident, du lieu ou du concept lui-même.	J+1 mois après ouverture	Chef de Projet
	Les résidents réagissent-ils mal à la présence des enfants ?		X	Travail explicatif de la part du personnel de l'EHPAD pour les aider à mieux appréhender le contact avec les enfants.	J+1 mois après ouverture	Personnel de l'EHPAD + Psychologue de l'EHPAD
			X	Réaliser un sondage auprès des résidents pour connaître l'état de satisfaction	J+1 mois après ouverture	Chef de Projet
Les résidents ont manifesté de l'intérêt pour ce lieu.	Les résidents ont-ils été suffisamment informés de la création de ce lieu de vie avec des enfants ?	X		Relancer régulièrement l'information sur la structure	Tous les 3 mois après l'ouverture de l'ALSH	Animateurs ALSH
			X	Revoir le plan de communication vers les résidents et leurs familles.	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet

⁶² Cf. Annexe 21 « Évaluation de projet » pages 93 à 99

2^{ème} objectif : Le bien-être des enfants.

Cela consiste à évaluer l'interaction entre les résidents et les enfants pour apporter de nouvelles améliorations ainsi que de s'assurer de la qualité de la prise en charge des deux publics (personnes âgées et les enfants).

Voici un extrait des indicateurs à retrouver en annexe⁶³.

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Réaction des enfants	Les enfants réagissent-ils positivement à la présence des personnes âgées ?	X		Maintenir ses liens en organisant des échanges avec les familles, les enfants et les résidents	Tous les 3 mois	Animation
		X		Organiser des activités individualisées et encadrées	A voir à partir de J+6 mois	Animation
			X	Réunir l'équipe d'Animateur et la Psychologue de l'EHPAD pour travailler sur des pistes de réflexion	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Faire un bilan des enfants	J+1 mois	Animation/Chef de Projet
	Les enfants sont-ils à l'aise en présence des résidents ?	X	X	Faire un sondage auprès des enfants et des familles	J+3 mois	Animation/Chef de Projet
			X	Faire un bilan des enfants	J+1 mois	Animation/Chef de Projet
			X	Réunir l'équipe d'Animateur et la Psychologue de l'EHPAD pour travailler sur des pistes de réflexion	J+3 mois	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction

➤ **Critère annexe : les gains pour la Fondation et l'EHPAD St-Barthélemy**

Ce critère permet de connaître l'impact positif du lieu de vie intergénérationnel et si les valeurs de la Fondation sont respectées. Trois indicateurs sont définis :

- Les Valeurs de la Fondation,
- L'impact sur la prise en charge médicale du résident,
- L'impact positif de la création du lieu de vie intergénérationnel sur l'image de la Fondation.

Voici un extrait des indicateurs à retrouver en annexe⁶⁴.

⁶³ Cf. Annexe 21 « Évaluation de projet » pages 93 à 99

⁶⁴ Cf. Annexe 21 « Évaluation de projet » pages 93 à 99

Indicateurs	Pourquoi	Ou i	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
L'impact positif de la création du lieu de vie intergénérationnel dépasse le cadre de la Fondation et en fait un EHPAD de référence sur le territoire nationale	La communication sur la création de cet espace est-elle suffisante ?	X		Entretien la communication de ce lieu de vie (intégrer le concept dans la brochure de présentation de l'établissement)	J+3 mois	Chef de Projet/Directeur
			X	Revoir le plan de communication	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet/Directeur
			X	Informers les médias de la création de ce lieu de vie intergénérationnel	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet/Directeur

5. Conclusion

En France, de nombreuses structures d'accueil de la personne âgée existent pour répondre aux besoins de dépendance et de prise en charge médicale. Avec l'arrivée des premiers baby-boomers nés à partir de 1940 et l'augmentation de la lourdeur des pathologies. Cela nécessite entre autre d'adapter l'offre de soins en fonction des besoins sociaux et psychologiques des résidents.

L'entourage familial n'est pas toujours en mesure d'assurer la sécurité de leur parent vieillissant. La demande de placement se justifie par l'inquiétude du bien-être de la personne âgée. Le risque de chute, la peur de l'agression, la peur qu'elle ne soit pas secourue en cas d'accident et la peur que la personne puisse mourir seule à son domicile sont les préoccupations des familles entourant la personne âgée.

Même s'il s'agit de la sécurité et du bien-être de la personne âgée, être placé en institution implique la rupture avec son environnement quotidien et la solitude qui demande un effort d'insertion à la vie en collectivité entraînant un repli sur soi-même. Cet isolement est vécu de façon plus importante par les résidents à pathologie psychiatrique davantage touchés par l'abandon familial, d'autant plus qu'il n'existe pas de droit à la parole, pour cette population en situation d'exclusion, dans les textes de lois alors que cela existe pour les personnes âgées.

L'enquête menée auprès des résidents a révélé le manque que cela leur procurait de ne pas avoir d'enfants dans leur entourage.

Il apparaissait donc intéressant de se pencher sur l'intégration des résidents dans un mode relationnel différent de celui habituellement utilisé dans l'établissement. A ce titre, l'intergénérationnel est un mode d'inclusion qui était à analyser comme piste de recherches et d'action.

Par conséquent le deuxième axe de travail a consisté à mener une réflexion autour de la création d'un lieu de vie intergénérationnel. Le dévouement de la Direction et du personnel de l'EHPAD, pour toujours améliorer les conditions de vie des résidents, a été générateur d'idées et d'énergie que j'ai voulu mettre à profit autour de ce projet. L'interaction avec les résidents et l'enthousiasme dont a fait preuve l'ensemble des instances de l'établissement ainsi que les collaborateurs a permis au pré-projet de prendre de l'amplitude. L'envie des équipes de donner une relation dynamique aux résidents dans laquelle ils auraient un véritable rôle auprès des jeunes enfants a été un véritable moteur d'actions pour le travail collectif.

C'est à ces différents besoins que la création d'un lieu de vie intergénérationnel répond. Il ne s'agit pas de LA solution miracle mais elle répond à un réel besoin affectif et d'épanouissement de la population de l'EHPAD St-Barthélémy.

D'autres pistes pourront être analysées et développées comme par exemple, travailler individuellement avec les résidents pour trouver une façon de renouer le contact avec la famille ou encore, de créer un concept « de parrainage ou d'adoption de personnes âgées » afin de leur donner une famille d'accueil pour y faire des séjours de rupture quand la vie en collectivité devient trop dure et avoir un repère familial en cas de soucis de santé.

L'un des objectifs en filigrane de ce projet à long terme, est que les relations entre les résidents et les enfants du personnel doivent permettre une amélioration des échanges entre les résidents et les soignants. En se connaissant mieux, les résidents connaîtront également les soignants d'autres unités et par conséquent, les soins se feront de façons plus naturels et plus faciles.

En conclusion, actuellement le pré-projet est toujours en cours de réalisation. Les budgets demandent à être amélioré et d'autres sources de financements doivent être recherchées afin

de diminuer le coût pour les familles. Il reste à étudier, avec le Service Juridique de la Fondation, la manière dont l'ALSH va être affilié à l'établissement : création d'une association rattachée à la Fondation ou création d'une association à part entière.

La politique sociale actuelle préconise la mutualisation des ressources et s'avère être une nécessité pour la viabilité de telles structures et de tels projets. Des partenariats avec les secteurs soit associatif (Fondation d'Auteuil qui dispose d'une halte-garderie par exemple) soit privé (avec les prestataires de services intervenant dans l'EHPAD par exemple) doivent être envisagés dans l'avenir pour permettre la création d'une structure ALSH et de pérenniser l'action dans l'établissement.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- EHPAD : Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes
- GIR : Groupe Iso Ressources : permet de mesurer et de classer les différents niveaux de dépendance pour indiquer un tarif de prise en charge au titre de cette dépendance (évaluation de la charge de travail nécessaire à l'aide)
- GIR Moyen Pondéré : permet de mesurer la dépendance globale d'un établissement au regard de la population qu'il accueille
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- A.R.S. : Agence Régional de la Santé
- S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- A.N.E.S.M. : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- COFIL : Comité de Pilotage
- C.L.E. : Comité Local d'Établissement
- C.A. : Conseil d'Administration
- C.V.S. : Conseil de la Vie Sociale
- C.E. : Comité d'Entreprise
- A.L.S.H. : Accueil de Loisirs Sans Hébergement
- C.A.F. : Caisse d'Allocations Familiales
- P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile
- D.R.J.S.C.S. : Direction Régionale de la Jeunesse et des Sport et de la Cohésion Sociale
- P.S. : Prestation de Service
- P.S.U. : Prestation de Service Unique

BIBLIOGRAPHIE

Source de documentations et d'inspiration :

➤ La législation :

- Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Le schéma départemental des Bouches du Rhône en faveur de la personne âgée 2009-2013
- La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances
- La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes
- Le schéma régional d'organisation des soins PACA 2012-2016
- Le schéma départemental en faveur de personnes handicapées des Bouches du Rhône 2009-2011
- Loi du 2 janvier 2002 article 3 et article 116-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Le schéma départemental de l'enfance et de la famille des Bouches du Rhône 2010-2014
- L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM)

➤ La psychiatrie :

- « Dictionnaire infirmier de psychiatrie » Auteurs : Stefka Ivanov-Mazzucconi, Marie-José Cottreau, Anne-Marie Leyreloup, Emmanuel Dignonnet. Paru aux éditions Elsevier Masson, 2005
- « Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques : Tome 2, Prise en charge et diagnostics infirmiers » Édition Elsevier Masson, 2003 -
- « Les nouveaux cahiers de l'Infirmier « Gériatrie et gérontopsychiatrie » : Soins infirmiers » Édition Elsevier Masson, 2005
- « Recours aux soins insuffisant » Article paru dans « Dossier – La Santé Mentale en PACA » Parution n°34 mai 2012
- « Les branches des métiers en psychiatrie » site : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/L-hopital-et-vous/La-psychiatrie/Les-differents-professionnels-de-la-psychiatrie>

➤ La neuro-dégénérescence :

- « Le livre vert de la maladie d'Alzheimer - État des lieux et perspectives » France Alzheimer et Maladies Apparentées Union Nationale des Associations Alzheimer, Paru en 2006
- « La maladie d'Alzheimer » Georges Lambert – Édition Milan, paru en 2007
- « La maladie d'Alzheimer - Le guide » Par les auteurs Serge Gauthier, Judes Poirier, Édition Trécarré, paru en 2011
- « La maladie d'Alzheimer » Auteurs : Carol Szekely et Frédérique Ouvrard. Paru en 2004

➤ **La dépendance** :

- « La réforme de la dépendance enfin sur les rails » Article paru dans le journal « LE MONDE » le 25.02.2013
- « Dépendance : trois rapports pour planifier la prévention » Article paru dans le journal « Le Figaro » le 12.03.2013.

➤ **Solitude et isolement** :

- « Solitude et isolement des personnes âgées, l'environnement solidaire »
Auteur : Philippe Pitaud. Paru en 2010
- « Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, le vécu des aidants »
Auteur Philippe Pitaud. Paru en 2006

➤ **Le vieillissement** :

- « Vieillesse : au-delà du défi financier, l'enjeu de société » Article paru dans le journal « LE MONDE » le 11.03.2013
- « Les défis territoriaux face au vieillissement » Auteurs : Jean-Philippe Viriot-Durandal, Christian Pihet, Pierre-Marie Chapon – Édition La Documentation Française, paru en 2012.
- « Evaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009 » Auteurs : Haut conseil de la santé publique (HCSP), **Editeur** : La Documentation française. Paru en 2011.
- « Perspectives démographique et financière de la Dépendance » Rapport Jean Michel CHARPIN – Juin 2011
- « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » Etudes et Résultats de la DREES n°689, mai 2009.
- « L'allongement De La Vie Et Ses Conséquences En France » Auteurs : E. CAMBOIS, F. NESLE, et G. PINSON chercheurs au sein de l'unité Mortalité, santé et épidémiologie de l'Institut national d'études démographiques (INED).
- « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » – Anesm Novembre 2010
- « Préparation de l'entrée pour une meilleure qualité d'adaptation lors de l'institutionnalisation » Mémoire de Patricia LEMOIGN 2010
- « La théorie du Détour » de Michel Carniou
Site : http://detour.unice.fr/documents/recherche/entr%C3%A9e_institution_lemoign.pdf
- « Le suicide des seniors, un problème de santé publique encore mal pris en compte » article paru dans le journal « Le Monde » du 29 aout 2012.

➤ **Lien social et inclusion sociale :**

- « De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux » Auteurs : Francine Saillant, Eric Gagnon, Steve Paquet, Catherine Montgomery et Robert Sévigny. Édition : L'Harmattan. Paru en 2001
- « Les dynamiques de l'inclusion sociale » Auteur : Dominique BESNARD paru en Décembre 2009. (A partir des travaux de J-M Bardeau-Garneret (Chercheur sur les questions du handicap), F. Chaumon (Psychiatre et psychanalyste) et T. Lainé (Psychiatre)

➤ **Garde d'enfants et Intergénérationnel :**

- « Au Québec, les "villes amies des aînés" pilotées par les personnes âgées elles-mêmes » Article paru dans le journal « LE MONDE » le 11.03.2013.
- « Etat des lieux des égalités hommes-femmes en France » - Article de presse paru dans le journal « Le Monde » du 08.03.2010
- « Travailler et garder son enfant en bas âge » études et résultats de la DRESS Santé - n° 749 - février 2011
- « Comment les parents s'arrangent pour faire garder les enfants » - Etude et résultats menée par la DRESS n°694 de juin 2009
- « Le boom des mamies nounous » paru dans le journal « 20 minutes » le 11/04/2012
- « Carnet de Voyage intergénérationnel » de Carole Gadet –Édition de l'Atelier – Paru en 2010.
- « Comment développer une action intergénérationnelle ? » Auteurs : Cécile Dupont, Melina Letesson et Claudine Attias-Donfu. Édition DE BOECK paru en 2010.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - HISTOIRE DE LA FONDATION SAINT-JEAN DE DIEU	53
ANNEXE 2 - NIVEAU DE DEPENDANCE.....	56
ANNEXE 3 - DEFINITION DES ETABLISSEMENTS	57
ANNEXE 4 - ENTRETIENS AVEC LES RÉSIDENTS	59
ANNEXE 5 - LISTE DES TACHES PROJET	65
ANNEXE 6 - PLANNING DES TACHES PROJET	66
ANNEXE 7 - LISTE DES TACHES EQUIPES.....	67
ANNEXE 8 - PLANNING DES EQUIPES.....	68
ANNEXE 9 - QUESTIONNAIRE COLLABORATEURS.....	69
ANNEXE 10 - MODE DE GARDE EN FRANCE	70
ANNEXE 11 - ANALYSE QUESTIONNAIRE COLLABORATEURS	71
ANNEXE 12 - LA FERME	72
ANNEXE 13 – QUESTIONNAIRE PSYCHIATRIE	73
ANNEXE 14 - ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT	75
ANNEXE 15 - ANALYSE DES REPONSES DU QUESTIONNAIRE SUR LA PSYCHIATRIE	83
ANNEXE 16 – FRAIS DE PERSONNEL N°1	85
ANNEXE 17 - TABLEAU D'AMORTISSEMENT	86
ANNEXE 18 - PRESTATION DE SERVICE N°1	88
ANNEXE 19 - BUDGET PREVISIONNEL N°1	89
ANNEXE 20 – FRAIS DE PERSONNEL N°2	90
ANNEXE 21 - EVALUATION DU PROJET	93

ANNEXE 1 - HISTOIRE DE LA FONDATION SAINT-JEAN DE DIEU

Jean de Dieu, de son vrai nom Joao Ciudad, est né en 1495 à Montémor o Novo au Portugal. Un jour de 1536, il écoute une prédication du célèbre Jean d'Avila qu'on surnomme l'apôtre de l'Andalousie. Et c'est la conversion. Bouleversé par ce qu'il vient d'entendre, il parcourt les rues de la ville en criant « *Miséricorde ! Miséricorde !* », il arrache ses vêtements, se roule dans la boue. Les enfants le poursuivent en criant « *el loco ! el loco !* », « *le fou ! le fou !* ». Il est alors enfermé à l'hôpital Royal de Grenade. Il connaît le sort des malades mentaux de l'époque : jeûne, coups fouets, jets d'eau glacée... pour chasser le mal. C'est à ce moment que naît sa vocation. Il décide de passer le reste de sa vie à secourir ceux qu'il a côtoyés à l'hôpital Royal : paralytiques, vagabonds, prostituées, et surtout malades mentaux. Il fonde une première « *maison de Dieu* » qui s'avère très vite trop petite, il en fonde donc une deuxième plus grande. Pour subvenir aux besoins de sa « *maison de Dieu* », il quête chaque jour en criant : « *Frères, faites-vous du bien à vous-mêmes en donnant aux pauvres !* » Très vite, les habitants de Grenade le surnomment Jean de Dieu. Cinq compagnons, gagnés par son exemple, le rejoignent.

Il meurt le 8 mars 1550, laissant derrière lui une renommée de sainteté qui traverse les frontières. Ses compagnons vont très vite se réunir pour fonder l'Ordre Hospitalier des Frères de Saint Jean de Dieu, grâce au pape saint Pie V qui, le 1er janvier 1572, approuve la congrégation et lui donne la règle de Saint Augustin, et au pape Sixte V qui, le 1er octobre 1586, l'élève au rang d'Ordre religieux.

Jean de Dieu est canonisé en 1690, déclaré patron des malades et des hôpitaux en 1886 et protecteur des infirmiers et infirmières en 1930.

Aujourd'hui, l'Ordre Hospitalier est présent sur les cinq continents, les frères y ont fondés des hôpitaux, des maisons de santé, des centres de réhabilitation, des accueils de nuit, des écoles de formation...

A Paris...

- *La Clinique Chirurgicale de la rue Oudinot à Paris, c'est 400 ans de tradition chirurgicale.*

Avant de disparaître à la Révolution française, l'Ordre Hospitalier avait dirigé pendant près de deux siècles l'un des plus prestigieux hôpitaux de Paris : l'hôpital de la Charité. En 1843, avec la fondation de cette clinique, Frère Paul de Magallon, restaurateur de l'Ordre en France, rétablissait la congrégation dans la capitale et portait secours aux malades qui ne pouvaient être soignés ni chez eux, ni à l'hôpital. La clinique Oudinot (Rue Oudinot, Paris 7^{ème}) poursuit aujourd'hui cette tradition chirurgicale des Frères, vieille de plus de quatre siècles, en privilégiant toujours la qualité et la sécurité des soins, accompagnés d'un accueil et d'une écoute personnalisés de tout public. De plus, l'établissement

est conventionné avec la Sécurité Sociale. Sa capacité d'accueil est 83 lits d'hospitalisation complète, 26 places de chirurgie ambulatoire et 7 places de chimiothérapie ambulatoire.

- *Le Centre Médico-Social Lecourbe*

Ce centre a pour vocation d'accueillir dans la dignité. Le Centre Médico-Social Lecourbe a été fondé en 1858 afin d'accueillir les jeunes garçons infirmes et pauvres, exclus des écoles et des hôpitaux. Les Frères leur prodiguaient des soins, leur dispensaient une instruction scolaire et leur apprenaient un métier pour leur permettre de s'insérer dans la société. Aujourd'hui, le Centre Lecourbe s'adapte et innove en proposant trois structures d'accueil : un Institut d'Éducation Motrice (IEM) d'une capacité de 95 places (avec internat de 35 lits), une Unité Spécialisée pour Enfants Polyhandicapés (USEP) d'une capacité de 42 places (sans internat) et une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) d'une capacité de 48 places (avec internat de 48 lits). Le **Public accueilli** représente des pathologies de types paralysie cérébrale, polyhandicap, maladies neuromusculaires, maladies neurologiques. L'IEM et l'USEP accueillent des enfants, adolescents, jeunes adultes - 4 à 20 ans et le MAS : adultes à partir de 18 ans

En Bretagne....

- *Le Centre Hospitalier Dinan / Saint-Brieuc*

A Dinan, le Centre Hospitalier Dinan / Saint-Brieuc fut fondé par le Père de Magallon en 1836, soit deux ans avant la loi de 1838 sur les aliénés, la petite ferme des « *Bas-Foins* » (Léhon), transformée en hôpital psychiatrique, était conçue pour accueillir des patients que beaucoup pensaient être incurables, pour les guérir et leur permettre de retourner chez eux. L'objectif est d'accueillir les personnes en souffrance. L'établissement a peu à peu évolué jusqu'à aujourd'hui en améliorant les conditions d'hospitalisation et en diversifiant ses méthodes de soins ainsi que ses lieux d'accueil afin d'offrir aux patients une prise en charge adaptée et toujours plus humaine. Sa Capacité d'accueil est de 216 lits autorisés et 116 places installés. Sont accueillis dans cet établissement les personnes en situation de détresse psychologique ou atteintes de pathologies psychiatriques et le type d'accueil proposé est l'hospitalisation complète ou partielle, consultations, visites à domicile.

- *Le Croisic :*

Cet établissement a été fondé en 1893. Il est constitué d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et d'un Foyer de vie pour adolescents et adultes handicapés physiques. Les différentes missions de ce complexe sont d'accueillir des personnes lourdement handicapées sur le plan moteur, avec ou sans troubles associés, d'assurer les soins que leur état requiert en adaptant les dispositifs en fonction des besoins et d'assurer des fonctions de protection et de promotion de la personne handicapée. Sa Capacité est de 85 lits et places autorisés et le public accueilli est âgé de 18 à 62 ans.

A Marseille....

- Centre d'hébergement et de réinsertion sociale Forbin

Ce centre d'hébergement a été créé en 1872 par François Massabo, commerçant marseillais, qui a décidé de venir en aide à ceux que les épreuves de la vie ont poussés à la rue. Il fonde le premier accueil de nuit d'Europe qui servira d'exemple à des dizaines d'autres initiatives en faveur des sans-abri. Soucieux de pérenniser son œuvre, Massabo a choisi de la confier aux Frères de Saint Jean de Dieu en 1897, qui l'ont développée en fidélité au charisme de leur fondateur. Depuis lors, les Frères de Saint Jean de Dieu et les collaborateurs laïcs, dans le respect de la dignité de la personne et de la vie humaine, œuvrent de la meilleure manière possible pour offrir aux plus démunis une hospitalité et un accompagnement de qualité. Sa Capacité d'accueil est 224 lits en hébergement d'urgence, de 24 lits en hébergement de stabilisation et de 35 lits en hébergement d'insertion ainsi que 12 lits supplémentaires durant la période hivernale (1er novembre au 31 mars). Le public accueilli est représenté par des hommes majeurs isolés. Le type d'accueil représente : l'accueil en urgence (chambres de 1 à 4 lits, dortoirs de 5 à 11 lits), le séjour moyen : 41 nuits, l'accueil en chambre de stabilisation (de 2 à 4 lits), séjour moyen : 119 nuits, l'accueil en chambre d'insertion (chambre individuelle) et le séjour moyen : 155 nuits

- L'EHPAD St-Barthélémy

Fondé en 1852, le Frère Paul de Magallon, au moment de la restauration de l'Ordre hospitalier de Saint Jean de Dieu en France après la Révolution, acquiert une bastide à Saint Barthélemy (quartier de Marseille), grâce à l'aide de son ami, Saint Eugène de Mazenod, alors évêque de la ville. Cette maison devient un asile pour pauvres vieillards. Au fil des années, elle est aujourd'hui une vaste Maison de retraite Médicalisée. Cette maison est passée de 87 résidents à son ouverture, à 246 aujourd'hui. Ces hommes et ces femmes âgés de plus de 60 ans sont accueillis au sein de 5 unités sectorisées : géronto-psychiatrie, anciens SDF âgés, maladies neuro-dégénératives, malades psychiques stabilisés et frères âgés. Trois frères participent aujourd'hui au fonctionnement de l'établissement.

ANNEXE 2 - NIVEAU DE DEPENDANCE

La dépendance est définie comme une perte d'autonomie pour une personne. Les gestes du quotidien deviennent difficile à réaliser seul (faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se promener,...) et nécessite donc l'aide d'une tierce personne. Cette dépendance peut être causée par plusieurs facteurs tels que la maladie (la **maladie d'Alzheimer** ou de **Parkinson**), le handicap, un accident de la vie, ou apparaît simplement avec l'âge. Un outil spécifique appelé « grille AGGIR » (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) existe pour mesurer la dépendance d'une personne. Elle évalue sur 6 niveaux le degré de dépendance de la personne âgée et permet ainsi d'identifier son niveau. Cela a pour objectif de permettre la mise en place d'actions adaptées visant à améliorer son quotidien.

GIR	Degré de dépendance
GIR 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage,
GIR 4	Personne n'assumant pas seules ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement. Elle doit aussi parfois être aidée pour la toilette et l'habillage. C'est aussi une personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
GIR 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
GIR 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante
GIR 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ou personne en fin de vie

ANNEXE 3 - DEFINITION DES ETABLISSEMENTS

Aujourd'hui, en France, il existe un panel d'organismes prenant en charge la personne âgée :

- **Les Maisons De Retraite Publiques** : qui appartiennent à la commune ou au département. Les tarifs de ces établissements sont fixés par le Conseil Général du département. Les résidents démunis qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour payer leurs frais d'hébergement peuvent solliciter l'aide sociale. C'est une aide de l'État pour couvrir en totalité ou en partie les frais d'établissement et qui constitue une avance qui peut être récupérée par le département dans certains cas.
- **Les maisons de retraite privées, associatives ou commerciales** : sont des résidences appartenant à des caisses de retraite, des mutuelles, des groupes hôteliers, des groupes privés spécialisés, des associations loi 1901 ou des fondations. Ces établissements ont pour la plupart l'agrément de l'ARS (Agence Régionale de la Santé) qui prennent en charge le complément du prix de journée que le résident ne peut supporter et qui est fixé par le Conseil Général.
- **Les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)** : Anciennement appelé « maison de retraite médicalisées » devenue « EHPAD » après la signature de convention tripartite pluriannuelle avec le Conseil général et l'assurance maladie. La tarification des établissements s'effectue en fonction de l'état de dépendance des personnes âgées et non plus du statut juridique de l'établissement d'accueil (unité de soins de longue durée, maison de retraite, unité géro-psycho-geriatrique).
La vocation de ces structures médicalisées est d'assurer une prise en charge globale de la personne âgée qui a perdu momentanément ou durablement la capacité d'effectuer seules les actes quotidiens. Cela inclue l'hébergement, les soins médicaux, les médecins, les infirmières, des aides-soignants, les auxiliaires de vie, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, la surveillance au quotidien, les repas et divers services (entretien du linge, animations..).
- **L'Accueil Des Personnes Âgées Alzheimer** : Il s'agit de structures spécialisées répondant à des critères précis d'adaptation architecturale, de qualification du personnel, de participation des familles et de soins spécifiques. Il en existe deux formes soit :
 - Les accueils de jour : prennent en charge, une ou plusieurs fois par semaine, des personnes présentant une maladie d'Alzheimer (ou autre type de maladie de la mémoire) vivant à domicile. Les objectifs principaux sont de préserver, maintenir, voire restaurer l'autonomie et de favoriser le maintien à domicile.
 - Le « CANTOU » (Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles) c'est une petite unité de vie qui accueille des personnes âgées présentant des symptômes de démence ou de la

maladie d'Alzheimer et qui organise un véritable projet de vie autour de la personne âgée. Il existe deux types de Cantou : soit c'est intégré à une maison de retraite, soit l'unité à une existence et un fonctionnement autonome.

- **Les Unités De Soins De Longue Durée (USLD)** : Il s'agit d'une unité très médicalisée, assurant une prise en charge globale de la personne âgée. Cela inclut l'hébergement des personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements médicaux d'entretien. Dans la majorité des cas, elles sont rattachées à un établissement hospitalier. Les dépenses de soins sont prises en charge par l'Assurance Maladie.
- **L'accueil Des Personnes Âgées En Foyers Logement** : Il s'agit d'un intermédiaire entre le domicile et l'hébergement collectif. La particularité de ce type d'accueil est que les personnes âgées sont valides et qu'ils vivent dans des appartements individuels, avec cuisine et salle de bains, bénéficiant d'espaces de vie collectifs, avec des services collectifs tels que la restauration et le blanchissage du linge. Ce principe répond aux besoins des personnes ne souhaitant plus rester chez eux pour de diverses raisons comme l'isolement, la solitude, le veuvage ou par souci de sécurité.
- **L'Accueil Des Personnes Âgées En Résidences Service** : La différence entre la résidence de service et le foyer logement est mince. Même si l'accueil et les prestations sont similaires, ce type d'accueil offre la possibilité d'acheter le logement qui peut aller du studio au deux ou trois pièces.
- **L'hébergement temporaire** : C'est une structure de faible capacité se situant à mi-chemin entre le domicile et l'institution. Elle a deux missions. La première est de faciliter le retour des personnes âgées à leur domicile après un séjour à l'hôpital et la deuxième, de proposer des séjours temporaires pendant les mois d'été et la période hivernale ou en cas d'absence de la famille.

ANNEXE 4 - ENTRETIENS AVEC LES RÉSIDENTS

Voici 12 extraits d'entretiens menés auprès des résidents de l'établissement. Il s'agit de leurs propres pensées et de leurs propres termes. Les mots surlignés sont les idées répétées et similaires.

Entretien n°1

Mlle G. Huguette – Résidente Unité St-Richard - Age : environ 70 ans

Elle vit ans l'établissement depuis plusieurs années. Avant d'intégrer la Maison de Retraite, elle vivait dans un foyer logement. Ne se rappelle pas comment elle est arrivée ici. Elle a une fille qui a 50 ans et qui vit en institution car elle est lourdement handicapée.

Elle est malheureuse d'être loin de sa fille qu'elle adore bien qu'elle ait régulièrement de ses nouvelles. Elle aimerait qu'elle vive près d'elle car le téléphone ne suffit pas. Du fait de son handicap, sa fille a été placée en institution très jeune, elle ne s'en jamais occupé. Elle aurait aimé mais elle ne sait pas faire.

Quand des **enfants viennent en visite dans la maison, elle est très contente** parce qu'ils sont gentils avec elle et qu'elle n'a pas peur. Elle **aimerait faire plus de choses avec les enfants** mais ils ne viennent pas souvent. **Ça lui manque beaucoup.**

A part ça fille, elle **n'a aucune famille ni amis extérieur.** Ses seuls amis sont les résidents de l'établissement et la coiffeuse « Michèle ». Il n'y a qu'elle qui compte car elle est gentille, s'occupe d'elle et lui envoie des cartes postales ou lui achète des jolies robes. Elle est heureuse quand Michèle est là mais elle est triste pendant toute la durée de son absence. Elle attend toujours son retour avec impatience.

Entretien n°2

Mme R. Jacqueline – Unité St-Benoît - Age : ?

Elle a été mariée 3 fois et **aucun de ses maris ne lui ont donné des enfants.** Elle était Aide-Soignante et aime beaucoup les chats. Elle vit dans l'établissement depuis près d'un an. Ça ne lui plait pas d'être ici. Elle **a été obligée de venir s'y installer,** personne ne lui a demandé son avis. C'est **la tutrice qui l'a décidé.** Avant, elle vivait à son domicile. Suite à une hospitalisation, la tutrice a préféré qu'elle intègre une institution.

Elle a un frère qui lui rend visite rarement et une sœur avec qui elle est fâchée. Elle **ne voit jamais ses neveux et nièces et ça lui fait de la peine.** Elle aurait aimé les connaître.

En dehors de l'établissement, elle **n'a pas d'amis** et c'est pareil en interne. Elle a eu du mal à s'intégrer à la vie en collectivité car n'aime pas être mélangé en permanence avec les autres. Elle **aurait aimé avoir des enfants** car elle se sent seul. Son seul enfant c'est le chat « Ficelle ». D'ailleurs Ficelle a eu des chatons ce qui fait d'elle une grand-mère. Elle en est très fière !

Si elle meurt, elle n'aura personne auprès d'elle et ça lui fait beaucoup de peine. Elle aurait aimé que quelqu'un s'occupe d'elle comme un membre de sa famille ou un enfant. Mais malheureusement, elle ne compte pour personne.

Elle aimerait que je vienne avec mon fils pour voir un peu des enfants car elle aime la façon dont ils voient les choses et leurs langues « bien pendues » ! Si elle avait eu des enfants, elle pense que sa vie aurait été différente. Elle n'aurait peut-être pas dû venir s'installer dans cette maison de fou comme elle l'appelle et elle ne penserait pas au suicide. Heureusement que Ficelle est là auprès d'elle, ça lui évite de penser à passer à l'acte.

Entretien n°3

M. M. Antonio – Unité St-Roch - Age : ?

Vivait dans la rue avant d'intégrer l'établissement. Il a des enfants, un garçon et une fille ainsi que des petits enfants. Il est en rupture familiale depuis plusieurs décennies et n'a plus vu sa famille depuis très longtemps. Il aimerait beaucoup les retrouver, les revoir mais il refuse de les contacter. C'est trop dur. C'est la vie. Il n'a pas envie de participer aux animations car c'est pour les handicapés et les vieux vieux. Il ne veut pas devenir comme eux. Il veut encore se rendre utile alors il préfère aider la coiffeuse. Au moins, il discute et fait quelque chose.

Entretien n°4

Mme D. Jeanne – Unité St-Benoit - Age : 70 ans

Elle vit dans l'établissement avec sa maman qui en a 90. C'est sa seule famille. Elle a été mariée puis son mari est décédé brutalement il y a quelques années. Elle n'a pas eu d'enfants car elle était et est toujours, très dévouée à sa maman. Elle a une relation très fusionnelle avec elle. Avant, elle était musicienne, elle jouait de la mandoline. Elle voyageait beaucoup sur les routes de France et c'était bien comme ça. Elle n'a jamais vraiment travaillé. Elle vivait avec son mari et sa mère. Le jour où sa mère mourra, elle partira aussi.

Elle ne regrette pas de ne pas avoir eu des enfants. Hormis sa mère, elle n'a pas d'entourage et n'a que 2 amis qui vivent à St-Cannat. Elle y va tous les mercredis pour les voir. Elle prend le bus pour y aller et elle est contente.

Avant d'être dans cette Maison, elle vivait dans une autre maison avec qui ça ne se passait pas bien. Puis elle a été placée en institution psychiatrique. Au départ, c'est elle qui a voulu aller en maison de retraite pour suivre sa maman. Mais ça se passait mal. C'est la tutrice qui a choisi pour elle et qui lui a imposé. Elle ne voulait pas. Son souhait était de vivre avec sa mère en appartement à St-Cannat. Elle est autonome et veut vivre hors d'une collectivité. D'ailleurs, elle ne participe à aucune animation sauf aux lotos parce qu'elle aime bien gagner. Quand les jeunes viennent dans l'établissement, ça ne la dérange pas du moment qu'on ne lui demande rien. Lorsque je demande l'avis de sa maman qui est assise à ses côtés, elle me répond en souriant qu'elle d'accord avec sa fille.

Entretien n°5

Mme G. Marcelle – Unité Magallon - Age : ?

Elle est veuve et vit ici depuis 2 ans. Ce sont **ces enfants qui l'ont poussé à rentrer en maison** de retraite pour sa sécurité et sa santé. **Elle a obéi** à condition qu'elle choisisse sa chambre. Elle se sent bien ici car elle connaît le Directeur à qui elle fait la bise. Elle s'est également fait quelques amis dans l'unité. Elle voit tous les week-ends sa famille car ils viennent la chercher. Elle a un rôle de matriarche. Elle trouve que tout est à redire sur l'unité, la tenue de l'établissement, les salariés, le ménage et les autres résidents. Elle a 4 enfants : 3 filles et 1 garçon. Plusieurs petits enfants et une arrière-petite-fille. Elle aime bien participer à certaines animations mais n'aime pas voir les enfants car elle trouve qu'ils sont mal éduqués. De toute façon, il n'y a que sa famille de convenable.

Entretien n°6

M. et Mme J. – Unité St-Richard - Age : ?

Monsieur parle car Madame n'est pas en mesure de comprendre mes questions ni de formuler une réponse. Monsieur dit qu'il **a des enfants** d'une première union : un garçon et une fille. Ils ont environ 50 ans et vivent sur Paris. **Il ne les voit jamais**. Madame n'a pas d'enfants de son premier mariage et lorsqu'ils se sont rencontrés, ils étaient trop âgés pour en avoir.

Ils sont tous les deux sous tutelle et c'est **la tutrice qui a décidé de leur placement** en institution car Monsieur était en fauteuil et qu'avec Madame, ils commençaient tous les deux à souffrir de troubles de la mémoire. Il s'agissait de les mettre en sécurité. Il ne se rappelle plus vraiment où ils vivaient avant d'être ici. Ils sont contents d'être là même si on lui vole son papier toilette. Il me dit qu'il n'a jamais su ce que pensait sa femme sur les enfants car la question d'en avoir ne se posait pas vraiment. De toute façon, elle ne se rend compte de rien. Mais lui, ce qui est sûr, c'est qu'**il aime quand les jeunes du lycée viennent jouer aux cartes avec lui**. Il leur apprend des jeux auxquels il jouait quand il était jeune. Il aime les entendre rire car pour lui, ça change des « râleurs » aux jeux. Il aimerait que les jeunes puissent venir plus souvent car il voudrait leur raconter ses aventures. Sa femme ne l'entend pas et ne le reconnaît pas, ses enfants sont absents et même s'il a quelques amis ici, il n'a rien de plus. Il dit que **sa tutrice n'est jamais présente quand il a besoin d'elle** et on ne lui demande pas son avis non plus sur les vêtements qu'il veut s'acheter. C'est imposé et ça l'agace. Malgré tout, il se sent utile ne serait-ce que pour sa femme qui n'est pas bien. Il ne sait pas trop ce qu'elle a, il ne comprend pas mais au moins elle est là et il n'est pas seul.

Entretien n°7

Mlle P. Jacqueline – Unité Magallon - Age : ?

Elle vit ici depuis plusieurs années (près de 10 ans). Elle est célibataire. Il y a bien longtemps, elle vivait à son domicile. Mais après plusieurs agressions, son médecin lui a demandé d'aller en maison de retraite pour sa sécurité. Elle n'en avait pas envie mais le médecin a dit alors c'était vrai. Elle est allée vivre dans une maison de retraite où les résidents étaient mal traités. Elle a donc changé et a choisi de venir à Saint-Jean de Dieu. Elle a des enfants mais pas d'autre famille. Elle ne les voit jamais car elle est en rupture avec eux depuis plusieurs années. Elle me dit qu'il serait bien qu'elle leur envoie une lettre. Elle ignore ce qu'ils sont devenus et se demande s'ils pensent à elle. Quelques amis viennent de temps en temps la voir même s'ils sont très occupés.

Même si elle trouve qu'il y a des « vieilles rabougries » dans son unité, elle apprécie tout de même leur compagnie car c'est la seule qu'elle est. Elle aime participer à toute sorte d'animations surtout quand il s'agit de sortie ou quand les jeunes du lycée viennent. Elle aime jouer avec eux et passer du temps à les écouter.

Elle me dit que ses enfants lui manquent et qu'elle espère avoir des petits enfants. Elle aimerait les voir et passer du temps avec eux. Si des enfants venaient dans l'unité, juste pour s'amuser, elle serait super heureuse et ferait partie des premières ! Malgré tout, elle pense que les enfants ne lui parleraient pas car elle a des difficultés d'élocutions et qu'elle a peur que les enfants ne la comprennent pas et la rejettent. Elle regrette de ne pas avoir les siens auprès d'elle car elle aimerait leur dire beaucoup de choses sur la vie.

Entretien n°8

M. H. Brahim – Unité St-Richard - Age : ?

Cela fait plus d'un an qu'il vit dans l'établissement et il est bien content. Le repas est bon.

Avant il vivait un peu partout et les derniers temps dans un conteneur.

Sa famille vit au Maroc et il n'a pas d'autre famille ici. Il n'a pas d'enfants non plus. D'ailleurs, il n'y a qu'un ami qui vient le voir de temps en temps mais il se fiche de savoir s'il va bien ou non. Il préfère rester seul et ne cherche pas la compagnie des autres résidents. Il n'aime pas non plus participer aux animations car ça ne lui plaît pas. Il déteste aussi quand les enfants du lycée viennent car ils font trop de bruits et ils bougent beaucoup trop.

Entretien n°9

Mme D. Paulette – Unité St-Richard - Age : 90 ans

Avant, elle était blanchisseuse puis elle travaillait dans une pharmacie. Elle est veuve et n'a pas eu d'enfants car son mari lui a toujours refusé. Elle n'a pas de famille mais elle a tout de même une filleule qui vient la voir de temps en temps. Par moment, elle vient aussi avec son petit fils. Elle adore quand il vient car il a 2 ans et demi et qu'il bouge partout. Il touche à tout et parle tout le temps. Mme DUPLAN se sent seule et inutile. Elle aime voir des gens, se promener, discuter mais personne ne vient.

Avant de venir s'installer dans cette maison de retraite, elle vivait seule. Sa filleule se faisait beaucoup de soucis et elle a préféré la placer en institution pour sa sécurité. Mme DUPLAN l'a très mal vécu car elle se sentait encore capable de se faire à manger. Maintenant qu'elle est ici, elle n'a plus d'argent pour s'acheter des vêtements. Alors elle pleure.

Elle a beaucoup souffert de ne pas avoir des enfants. Elle pense qu'elle n'a personne sur qui compter en cas de problème. Elle ne veut pas déranger d'avantage sa filleule qui est très occupée. Elle aime beaucoup le petit fils de sa filleule car il touche à tout et qu'il faut tout le temps le surveiller. De le faire, ça lui procure une sensation d'utilité et elle se sent heureuse comme ça. Comme elle dit « je n'ai que ça à faire alors je suis contente de le faire ». Elle aurait aimé avoir beaucoup d'enfants alors, quand des petits d'autres résidents viennent, elle va à leur rencontre.

Elle se sent seule et pense qu'elle n'a d'utilité pour personne. Elle dit qu'elle est un poids, un boulet pour tout le monde et pour la société. L'État paie pour elle mais elle ne mérite pas qu'on lui porte de l'intérêt. Elle veut mourir pour ne plus encombrer.

Entretien n°10

Mme I. Colette – Unité St-Benoit - Age : environ 68 ans.

Elle est veuve. Mme I. a intégré l'établissement il y quelques mois suite à une hospitalisation. Avant cela, elle vivait à son domicile mais elle ne se nourrissait pas et se laissait mourir. Lors de cette hospitalisation, c'est l'assistante sociale de l'hôpital et la tutrice qui ont décidé de son placement. Elle n'a pas eu le choix, cela lui a été imposé mais elle le vit plutôt bien. C'était dur au début de s'intégrer dans l'unité car elle est solitaire mais ça va. Elle a un garçon de 40 ans qui vit à Toulouse mais elle n'a pas de contact avec lui. C'est difficile. Elle aimerait savoir s'il a des enfants car elle aime les enfants. Les enfants lui font du bien quand elle les voit. Son fils lui manque beaucoup. Elle aime quand les enfants jouent dans l'unité même si elle ne participe pas elle apprécie beaucoup leur présence.

Entretien n°11

Mme E. Christiane – Unité Magallon - Age : 98 ans

Elle était sans domicile fixe et vit dans l'établissement depuis plusieurs années maintenant. Elle a 5 enfants, 12 petits-enfants et 1 arrière-petit-fils. Elle adore sa famille et c'est réciproque. Ils lui ont offert pour son anniversaire un piano car elle est musicienne. Elle voit sa famille régulièrement. Elle passe ses journées dans l'unité, sort peu mais elle se sent bien là où elle est. Elle aime beaucoup discuter et parle avec toutes les personnes qui croisent son chemin. Elle ne participe pas beaucoup aux animations car elle se fatigue vite. Elle aime quand des petits viennent ici même si ce ne sont pas les siens parce que comme ça, elle leur joue de la musique et elle les fait chanter. Elle adorerait qu'il y ait plus d'enfants et plus souvent.

Entretien n°12

Mme L. Marie – Unité St-Richard - Age : 75 ans

Elle est divorcée depuis plusieurs années. Elle vient de la clinique Ste-Marthe et vit dans l'institution depuis 1 an. Elle est contente ici et se sent bien. Elle a 2 enfants de 50 ans qui vivent en Alsace. C'est loin. Elle a une ferme là-bas et veut y retourner. Le choix de la Maison de retraite, c'est Ste-Marte qui l'a fait. Elle n'a pas donné son avis. Elle s'intègre bien ici mais n'aime pas tout le monde. Elle ne se sent pas seule bien qu'elle n'ait aucun contact avec ses enfants ni son ex-mari. Elle n'a pas envie de les voir et s'en moque.

Elle ne se souvient plus trop de sa vie d'avant. Elle se rappelle plus qu'elle était artiste et qu'elle a beaucoup voyagé en France. Elle n'a pas réellement d'attache. Même si elle n'a plus de relations avec ses enfants, elle aime bien quand des petits jeunes viennent jouer dans l'unité. Ça la change des rôleurs d'ici !

Entretien n°13

Tentative de communication auprès des résidents de l'unité de dégénérescence neurologique. Le résultat n'est pas concluant. La conversation, bien qu'existante et facile à établir, était décousue et impossible à mener.

ANNEXE 5 - LISTE DES TACHES PROJET

N° Tâche	Tâche à programmer	Tâche réalisée ?	Par qui ?
1	Étudier les possibilités d'améliorer le bien-être des résidents	Oui	Chef de Projet
2	Établir un diagnostic de la problématique relevée et présentation à la Direction	Oui	Chef de Projet
3	Réaliser un plan de communication : PowerPoint, affichage, mail, présentation,... (communication auprès du COPIL sur l'avancement du Projet)	Oui	Chef de Projet
4	Définir les équipes, les tâches à réaliser et le nombre de personnes nécessaires aux recherches	Oui	Chef de Projet
5	Définir la programmation des séances de travail et des outils nécessaires	Oui	Chef de Projet
6	Présentation du projet aux 3 instances représentatives de l'établissement ainsi qu'au Personnel : Conseil d'Administration, Conseil de la Vie Sociale, le Comité d'Entreprise et le personnel.	Oui	Chef de Projet
7	Recruter des volontaires dans les différentes instances durant la présentation afin de les faire participer au travail de recherche et de création	Oui	Chef de Projet
8	Sélectionner les candidats volontaires en fonction de leurs atouts et compétences	Oui	Chef de Projet
9	Constitution des équipes et du comité de pilotage (COPIL)	Oui	Chef de Projet
11	Choisir la date d'ouverture	Oui	COPIL et Chef de Projet
12	Réaliser un budget prévisionnel pour vérifier la viabilité du projet	Oui	Chef de Projet / Le Directeur
13	Évaluer le projet : créer des critères et des indicateurs	Oui	Chef de Projet
Le projet se réalise			
14	Envoyer la demande d'enregistrement auprès de la DRJSCS (Direction Régionale de la Jeunesse et de Sport et de la Cohésion Sociale)	Non	Chef de Projet et Copil
15	A réception du numéro d'agrément de la DRJSCS, s'inscrire auprès de la CAF	Non	Chef de Projet
16	Contacteur la Protection Maternelle et Infantile pour demande d'agrément des enfants entre 3 et 6 ans	Non	Chef de Projet / Le Directeur
17	Prendre un rendez-vous avec la Mairie du 14 ^{ème} arrondissement pour signer le Contrat Enfance Jeunesse	Non	Chef de Projet / Le Directeur
18	Prendre un rendez-vous avec la CAF pour signer le Contrat Enfance Jeunesse	Non	Le Directeur
19	Désigner un responsable du lieu de vie	Non	Chef de Projet / COPIL / le Directeur
20	Réaliser un organigramme de la future structure	Non	Chef de Projet / Copil
21	Rédiger le projet pédagogique pour l'ouverture du centre	Non	Chef de Projet / COPIL / le Directeur / le Responsable de l'unité et les animateurs de l'ALSH
Le projet se modifie			
22	Redéfinir les besoins de partenariats (ALSH, Centre sociale)	Non	Chef de Projet
23	Prendre contact avec les différents partenaires sociaux potentiels	Non	Chef de Projet
24	Présenter le plan de communication aux différents partenaires sociaux	Non	Chef de Projet
25	Établir une liste des attendus et des conditions de ce partenariat	Non	Chef de Projet/COPIL/le Directeur/Le Commanditaire
26	Signature d'une convention de partenariat	Non	Le Directeur/Le Commanditaire

ANNEXE 7 - LISTE DES TACHES EQUIPES

N° Tâches	Tâche à programmer	Tâche réalisé ?	Par qui ?
1	Organiser des recherches sur ce qui peut être réalisée au sein de l'EHPAD en intergénérationnel ? (Faire des échanges avec une école, créer une crèche,...)	Oui	Équipe 1
2	Étudier les besoins des collaborateurs de garde d'enfants pour les intégrer aux résidents.	Oui	Équipe 2
3	Étudier la possibilité de créer une structure en fonction des idées dans l'établissement	Oui	Équipe 2
4	Étudier l'ouverture de la structure vers l'extérieur et les aprioris du public sur la population de l'établissement	Oui	Équipe 1
5	Choisir les locaux d'implantation	Oui	COFIL
6	Choisir la date d'ouverture	Oui	COFIL
7	Choisir le nom de la structure	Oui	COFIL
8	Organiser des rendez-vous avec des partenaires extérieurs : PMI, CAF, Mairie, DRCS,...	Non	Chef de Projet
Le projet se modifie			
9	Redéfinir les besoins de partenariats (ALSH, Centre sociale)	Non	Chef de Projet
10	Prendre contact avec les différents partenaires sociaux potentiels	Non	Chef de Projet
11	Établir une liste des attendus et des conditions de ce partenariat	Non	Chef de Pro- jet/COFIL/le Di- recteur/Le Com- manditaire

ANNEXE 9 - QUESTIONNAIRE COLLABORATEURS

1. Êtes-vous : Un homme Une femme
2. Quel âge avez-vous ?
Entre 18 et 20 ans Entre 21 et 30 ans Entre 31 et 40 ans
Entre 41 et 50 ans Entre 51 et 60 ans Plus de 61 ans
3. Êtes-vous :
Célibataire Marié(e)/Pacsé(e) Vie maritale
Divorcé(e) / Séparé(e) Veuve
4. Avez-vous des enfants ? Oui Non
Si oui, combien :
Quel d'âge ?
 0 mois – 12 mois 1 an à 3 ans 4 à 6 ans
 7 à 12 ans plus de 13 ans ?
5. Depuis combien d'années travaillez-vous dans l'établissement (tous contrats confondus) ?
 Moins d'un an Entre 1 an et 5 ans Entre 6 ans et 10 ans
 Entre 11 ans et 15 ans Entre 16 ans et 20 ans Plus de 20 ans.
6. Pour vos enfants, quel mode de garde utilisez-vous ?
 Crèche Nourrisse Famille Conjoint
 Autre, lequel :
.....
7. Comment faites-vous pour faire garder vos enfants durant les vacances ?
 Crèche Nourrisse Famille Conjoint
 Centre aéré Colonie Autre, lequel :
8. Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes pour faire garder vos enfants ? Oui Non
9. Si un mode de garde existait dans l'établissement et qui fonctionnerait comme vos horaires, seriez-vous intéressé ? Oui Non
10. Si un mode de garde existait dans l'établissement et qui serait en relation avec les résidents, seriez-vous d'accord ? Oui Non

Petit point sur l'existant en France sur les modes de garde :

Pour les tous petits, il existe 2 types d'accueil :

- **Un accueil collectif** est assuré dans les établissements tels que les crèches, les micro-crèches, les haltes-garderies, les structures multi-accueil ou encore les jardins d'enfants.
- L'accueil par **une assistante maternelle** qui, pour être autorisée à accueillir des enfants à son domicile.

Ces 2 points concernent les enfants de moins de 3 ans.

Autres modes de garde :

- Garde d'enfant **à domicile** (éventuellement en garde partagée), avec une professionnelle employée par vos soins ou par l'intermédiaire d'un organisme agréé par l'Etat. Ce point-là est une démarche personnelle aux collaborateurs et s'effectue en fonction de ses revenus.
- Si l'enfant est scolarisé, le recours aux **accueils de loisirs** fonctionnant durant la période scolaire (avant et après les heures de classe) et/ou pendant les vacances. Ils proposent des activités de loisirs éducatifs et de détente aux enfants.

ANNEXE 11 - ANALYSE QUESTIONNAIRE COLLABORATEURS

Homme	2	Femme	25			
Entre 18 et 20 ans	Entre 21 et 30 ans	Entre 31 et 40 ans	Entre 41 et 50 ans	Entre 51 et 60 ans	Plus de 61 ans	
1	15	8	2	1		
Avez-vous des enfants ?		Oui	25	Non	2	
Combien ?	1	2	3	4	5	
	7	12	7	1	0	
Quel âge ?	0 mois – 12 mois	1 an à 3 ans	4 ans à 6 ans	7 à 12 ans	Plus de 13 ans	
	1	3	13	8	2	
Depuis combien d'années travaillez-vous dans l'établissement (tous contrats confondus) ?						
Moins d'un an	Entre 1 an et 5 ans	Entre 6 ans et 10 ans	Entre 11 ans et 15 ans	Entre 16 ans et 20 ans	Plus de 20 ans.	
3	15	6	2	1	0	
Quel mode de garde actuel ?						
Crèche	Nourrisse	Famille	Conjoint	Autre		
1	0	14	9	1		
Garde pendant les vacances ?						
Crèche	Nourrisse	Famille	Conjoint	Centre aéré	Colonie	Autre
1	0	11	1	7	4	1
Avez-vous déjà eu des problèmes de gardes ?			Oui	17	Non	8
Êtes-vous intéressé par un mode de garde dans l'établissement ?			Oui	25	Non	0
Êtes-vous d'accord que vos enfants soient en relation avec les résidents ?			Oui	25	Non	0

L'EHPAD SAINT-BARTHELEMY



Sa Ferme sur 2 étages



Ses espaces verts....



Ses animaux....



ANNEXE 13 – QUESTIONNAIRE PSYCHIATRIE

Le but de ce questionnaire est de connaître votre point de vue sur la psychiatrie dans le cadre d'une étude sur les aprioris du public pour ce corps de métier.

Vous êtes : Un homme Une femme

Vous avez :

- Entre 20 et 30 ans Entre 31 et 40 ans Entre 41 et 50 ans
 Entre 51 et 60 ans Entre 61 et 70 ans Plus de 70 ans

Votre situation :

- Étudiant(e) Salarié(e) /Fonctionnaire Cadre
 Profession libérale Agriculteur Retraité(e) Sans profession

D'après vous, qu'est-ce que la « normalité » ? Cliquez ici pour taper du texte.

Qu'est-ce qu'une unité psychiatrique ? Comment l'imaginez-vous ? Cliquez ici pour taper du texte.

Pour vous, qu'est-ce qu'une personne porteuse d'une pathologie psychiatrique ? Cliquez ici pour taper du texte.

Selon vous, est-ce qu'un trouble psychique est différent d'un trouble psychiatrique ?

- Oui Non

Quel terme psychiatrique connaissez-vous pour décrire une personne et quelle définition en donnez-vous (Exemple : la paranoïa : la personne pense qu'elle est espionnée) ? Cliquez ici pour taper du texte.

Avez-vous déjà dû, dans votre vie, consulter un pédopsychiatre, un psychologue, un psychanalyste, un orthophoniste, un psychomotricien, un psychothérapeute ou un psychiatre ? Oui

Consulter un de ces professionnels est-il un signe de folie ? Oui Non

Pensez-vous que la dépression soit une pathologie psychiatrique ? Oui Non

A votre avis, existe-t-il des traitements permettant de stabiliser une personne aux troubles psychiatrique ? Oui Non

Qu'est-ce qu'une maladie neurodégénérative ? Cliquez ici pour taper du texte.

Est-ce différent de la psychiatrie ? Oui Non

Que pensez-vous d'une Maison de Retraite qui accueille des résidents porteurs de pathologies psychiatriques ? Cliquez ici pour taper du texte.

Connaissez-vous quelqu'un dans votre entourage, famille, amis ou voisins, porteur d'une pathologie soit dégénérative soit psychiatrique ? Oui Non

Pensez-vous que des enfants, informés et préparés, peuvent être en contact avec des personnes porteurs de pathologies neurodégénératives ou psychiatrique sous la surveillance d'un professionnel ? Oui Non

Selon vous, peuvent-ils partager un goûter ou une animation ensemble ? Oui Non

1. L'Accueil de Loisirs Sans Hébergement ou Accueil Collectif de Mineurs.

a. Définition

L'Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) ou Accueil Collectif de Mineurs (ACM) est un accueil d'au minimum 7 enfants et/ou jeunes âgés de moins de 18 ans et organisé pendant les vacances et les temps de loisirs : mercredi, samedi (excepté le dimanche), petites et grandes vacances. Il offre l'occasion de pratiquer plusieurs activités de loisirs éducatifs et de détente, organisées à partir d'un projet éducatif.

L'accueil de loisirs est soumis à la législation en vigueur quant à l'accueil et à l'encadrement des mineurs. Ils sont sous la tutelle de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour les moins de six ans.

L'ALSH ou ACM est réglementé par l'État et en particulier doit être déclaré auprès de l'Administration et doivent satisfaire aux exigences réglementaires applicables aux ACM.

b. Conditions d'admission en ACM

Les propositions d'accueil sont faites en direction de tous les jeunes. Il y a deux conditions préalables pour l'inscription dans un accueil :

- L'organisateur détermine l'âge des mineurs qu'il souhaite accueillir. Le plus souvent, les accueils sont proposés pour des tranches d'âge précises (ex. : 6-8 ans, 10-12 ans, etc.)
- Il existe cependant un âge minimum, qui est celui de la première inscription dans un établissement scolaire et un âge maximum, qui est celui de la majorité. Pour les enfants de moins de 6 ans, un agrément auprès de la PMI (Protection Maternelle Infantile) sera demandé.

c. Quelle est la particularité d'un accueil de loisirs ?

Les accueils de loisirs fonctionnent à la journée (sans hébergement) généralement pendant l'année scolaire, le mercredi ou encore le samedi (sauf dimanche) et pendant les congés des petites et grandes vacances scolaires. La particularité de l'ALSH est de fonctionner au moins 14 jours dans l'année et au moins 2 heures par journée.

Cependant, des week-ends ou « mini-séjours » peuvent être organisés à l'occasion des ponts ou pendant les vacances. Il s'agit alors de ce que l'on appelle une activité accessoire.

Une fiche complémentaire devra être envoyée 8 jours avant l'ouverture de l'ALSH à la DDCS informant des dates d'ouvertures et fermetures de la structure, des horaires, le nombre d'enfants

accueillis ainsi que le nombre d'intervenants titulaires. La non-conformité de cette fiche entraînera une interdiction partielle ou totale de l'activité par le Préfet car il s'agit, selon l'article L227-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles d'une infraction pénale.

d. Obligations générales

Les structures d'animation doivent déclarer leurs locaux, leurs activités et leurs animateurs aux services préfectoraux (directions départementales chargées de la cohésion sociale). Elles doivent suivre les conseils des agents publics relevant des secteurs de la jeunesse, du sport, de l'éducation populaire, de la santé, des affaires sociales et des services vétérinaires, et se soumettre à leurs contrôles.

La déclaration s'effectue à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) ou la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) DDCS/DDCSPP où est implanté le siège social deux mois avant le début de l'accueil.

En revanche, il n'y a aucune obligation pour un agrément d'accueil. L'agrément n'a aucun lien avec l'accueil de mineurs.

Certaines associations organisatrices sont agréées « jeunesse et d'éducation populaire » (JEP) au niveau ministériel ou au niveau départemental par la DDCS/DDCSPP. Cet agrément ne confère cependant aucune capacité particulière pour l'organisation de l'accueil de mineurs. Il a vocation à reconnaître comme partenaires du ministère en charge de la jeunesse des associations intervenant dans le domaine de la jeunesse et de l'éducation populaire.

D'autres obligations légales doivent être respectées comme :

- L'honorabilité et compétence de l'encadrement,
- Le ratio d'encadrement minimal (variable suivant l'âge des mineurs, les activités et les types de structures)
- L'âge minimum pour les mineurs (âge de scolarisation, soit entre 2 et 3 ans, selon la commune de résidence du mineur)
- La conformité des locaux utilisés aux normes des "établissements recevant du public" (ERP),
- Le respect des normes d'hygiène, notamment en matière de restauration,
- De s'assurer de la qualification de l'encadrement et de sa capacité à intervenir auprès des mineurs ;
- De produire un projet éducatif définissant ses intentions éducatives et veiller à sa réalisation ;
- De souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile.

- Pour encadrer un accueil, former une équipe pédagogique composée d'un directeur et d'animateurs en fonction de normes d'encadrement et de qualification fixées par la réglementation. L'équipe se compose :
 - 1 Animateur pour 8 enfants de moins de 6 ans
 - 1 Animateur pour 12 enfants de 6 ans et plus.
 - Le Directeur peut-être compté dans l'encadrement si le nombre de mineurs n'excède pas 50 mineurs.

2. La Fondation Saint-Jean de Dieu peut-elle ouvrir un ALSH ?

Un ALSH peut être organisé par toute personne morale ou physique dès lors que cette dernière perçoit une rétribution. Les organisateurs sont essentiellement des associations à but non lucratif, mais aussi des collectivités locales et des comités d'entreprise.

L'organisateur doit satisfaire aux obligations prévues par la législation concernant la « protection des mineurs à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs ». Attention il existe des mesures qui interdisent d'organiser un accueil. Il s'agit d'incapacités pénales (L. 133-6 du CASF) ou de mesures administratives d'interdiction ou de suspension d'exercer (L227-10 du CASF).

3. Le rôle des partenaires sociaux

a. La Direction de la Cohésion Sociale

Le rôle de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale est de mettre en œuvre les politiques de l'État en faveur de la Cohésion Sociale. Cette Direction regroupe le pôle social de la DDASS, une partie des services la préfecture et une partie de la DDE. Elle a pour objectif de lutter contre les exclusions et discriminations notamment en matière de logement sociale, de mener des actions sociales des politiques de la ville, de protéger les populations vulnérables, de contrôler la sécurité des pratiques sportives et les accueils de mineurs durant les temps de loisirs et enfin, de développer le lien social par le soutien à la vie associative, aux pratiques sportives et aux actions en faveur de la jeunesse.

En ce qui concerne l'accueil collectif des mineurs, le Préfet, par l'intermédiaire de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) assure, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, une mission de protection des mineurs accueillis hors du domicile familial pendant les temps de loisirs. Cette mission fondamentale s'exerce essentiellement au travers de la mise en œuvre d'une réglementation spécifique aux accueils collectifs de mineurs que constituent les accueils de loisirs. L'agrément d'ouverture de l'ASLH s'obtient donc auprès de la DDCS après avoir effectué une demande.

b. La Caisse d'Allocations Familiales

La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) des Bouches du Rhône est un organisme de droit privé à compétence territoriale chargé de verser aux particuliers des aides financières à caractère familial ou social, dans des conditions déterminées par la loi, dites prestations légales. Il existe une caisse d'allocations familiales par département et chaque CAF assure en outre, à l'échelle locale, une action sociale essentiellement collective par une assistance technique et des subventions à des acteurs locaux de la vie sociale (mairies, crèches, MJC, centres de loisirs, etc.). Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non-agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux caisses d'allocations familiales.

Afin de travailler en partenariat avec cet organisme, un contrat « Enfance-Jeunesse » devra être signé entre eux et la municipalité. Ce contrat permet une prise en charge maximum de 55%. **De plus**, c'est un contrat d'objectifs et de cofinancement passé avec la Caf dont la finalité est de poursuivre et optimiser la politique de développement en matière d'accueil des moins de 18 ans. Son but est d'accompagner tant sur le plan qualitatif que quantitatif, l'accueil des jeunes enfants et des adolescents. L'élaboration d'un contrat enfance jeunesse permet de réunir l'ensemble des partenaires d'un territoire donné qu'ils soient institutionnels ou associatifs et de répondre aux besoins croissants en matière d'accueil pour la petite enfance et les jeunes et de poursuivre ainsi le développement de l'offre d'accueil.

Les principaux objectifs de ce contrat « Enfance Jeunesse », selon la CAF, sont de :

- Favoriser le développement et optimiser l'offre d'accueil par :
 - Un soutien ciblé sur les territoires les moins bien servis, au regard des besoins repérés ;
 - Une réponse adaptée aux besoins des familles et de leurs enfants ;
 - Un encadrement de qualité ;
 - Une implication des enfants, des jeunes et de leurs parents dans la définition des besoins, la mise en œuvre et l'évaluation des actions ;
 - Une politique tarifaire accessible aux enfants des familles les plus modestes.
- Contribuer à l'épanouissement des enfants et des jeunes et à leur intégration dans la société par des actions favorisant l'apprentissage de la vie sociale et la responsabilisation pour les plus grands.

Ce contrat unique permet de faciliter la construction et l'aménagement de nouveaux équipements, ainsi que le développement de places d'accueil supplémentaires dans les structures existantes. Le CEJ 2e génération (2012-2015), approuvé au conseil municipal du 10 décembre 2011, prévoit principalement la poursuite du schéma de développement des places d'accueil de la petite enfance, ainsi qu'une meilleure réponse aux besoins des familles et des adolescents. Il

s'agit d'un véritable plan de développement de l'offre "enfance et jeunesse", prévoyant plus de 40 millions d'euros engagés sur quatre ans, dont près de 2,9 millions au titre du développement d'actions nouvelles.

Les financements consentis par la Caf concernent prioritairement les actions spécifiques à la fonction d'accueil. Ils doivent représenter au minimum 85% du montant de la prestation versée par la Caf.

Un maximum de 15 % peut être affecté à la fonction de pilotage.

c. Critères de fonctionnement de l'ALSH avec la CAF

- OUVERTURE DES DROITS A LA PRESTATION DE SERVICE ALSH⁶⁵

Pour ouvrir droit à la prestation de service ALSH, la structure ne peut pratiquer la gratuite.

Sous réserve de l'accessibilité du service, les gestionnaires sont libres d'appliquer le tarif de leur choix (cotisation, forfait, tarif « journée », tarif horaire), et cela sur l'ensemble des périodes d'ouverture de l'ALSH (périscolaire, extrascolaire).

Un contrat « Enfance Jeunesse » devra également être signé en tripartite entre la Mairie de l'arrondissement, la CAF et le gestionnaire.

- La PSU (Prestation de Service Unique)

Les prestations d'accueil :

La structure, afin de percevoir les prestations, doit répondre à une offre destinée à un public dont le besoin d'accueil est régulier (les besoins sont connus à l'avance et sont récurrents), occasionnel (besoins connus à l'avance, ponctuel et non récurrent), exceptionnel (ou d'urgence, lorsque les besoins ne peuvent être anticipés) et à temps plein ou partiel.

Le Contrat d'Accueil :

Un contrat d'accueil doit être négocié entre la famille et le responsable de l'unité ALSH et détermine le rythme et la durée de l'accueil de l'enfant. Cela permet de définir un temps moyen de présence de l'enfant au sein de la structure.

Ce contrat permet également de fixer le prix de la prestation en donnant lieu à une mensualisation de la facturation soit : nombre de semaines d'accueil X nombre d'heures réservées par semaine / Nombre de mois d'ouverture.

⁶⁵ Source de la Direction du Service aux Partenaires – Secteur Gestion des Prestations en Action Sociale – Pôle des Aides Financières Collectives

Condition d'attribution de la prestation :

Pour être éligible à la prestation « Accueil de Loisirs Sans Hébergement », l'accueil doit être de loisirs et extra-scolaire : mercredi, samedi, petites et grandes vacances scolaires.

Pour ouvrir droit à cette prestation, les éléments suivants doivent être fournis :

- le projet éducatif et pédagogique,
- le règlement de fonctionnement,
- le récépissé de déclaration d'accueil de la Direction Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale,
- les fiches complémentaires d'ouverture,
- le barème de tarif,
- le budget prévisionnel et,
- le nombre de places et journées à prévoir.

De plus, dans le cadre d'une ouverture, il est important de fournir le numéro de SIRET/SIREN de la Fondation ainsi que sa déclaration à la Préfecture, les statuts de la Fondations, le relevé d'identité bancaire, liste datée des membres du CA, le compte de résultat et le bilan de l'année N-1 de la Fondation.

La tarification :

La tarification⁶⁶ sera à choisir entre différents modes : à l'heure (selon le nombre d'heures de présence de l'enfant dans la structure), à la demi-journée, à la journée et au forfait ou cotisation (forfait correspondant à une offre dont la périodicité peut être hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et pour lequel le paiement sera global et invariable quel que soit le nombre d'heures effectuées). Ces deux modes de réservations devront être obligatoirement mentionnés dans le règlement intérieur de l'ALSH et dans le projet d'établissement.

Le montant de la prestation « ALSH » correspond à 30% du prix de revient unitaire du service. Le nombre total d'heures réalisés correspond à la somme des heures de présence effective de tous les enfants quel que soit le mode de tarification.

Le prix plafond et montant :

A compter du 01^{er} janvier 2012, le barème de participation des familles s'établit de la manière suivante :

- Le plancher mensuel : 598.42 € (en cas d'absence de ressources ou inférieur au plancher, le montant à retenir est celui du RSA pour une femme seule avec un enfant)
- Le plafond mensuel de ressources : 4 624.99 €

⁶⁶ Condition et Calcul de la PS « ASH » (LC 2008-196 du 10 décembre 2008)

Pour les salariés étant allocataire de la CAF, la détermination des ressources à prendre en compte sont celles figurant sur l'avis d'imposition à la rubrique « total des salaires et assimilés », c'est-à-dire avant déduction forfaitaire de 10 % ou des frais réels.

Le cas échéant, toutes les autres natures de revenus imposables (par exemple les revenus de capitaux mobiliers, les revenus fonciers, etc.) ainsi que les heures supplémentaires et les indemnités journalières d'accident du travail et de maladie professionnelle bien qu'en partie non imposables. Le montant doit être divisé par douze pour obtenir le revenu mensuel.

De plus, la prise en compte des abattements/neutralisations sociaux en fonction de la situation des personnes (chômage indemnisé ou non, affection de longue durée, bénéficiaire du Rsa, etc.), déduction des pensions alimentaires versées sont également pris en compte.

Pour les non-allocataires de la CAF, il faudra prendre l'année N du 1er janvier au 31 décembre et les revenus perçus pour l'année N-2.

Revenus annuels imposables (loi des finances 2010)	1 enfant inscrit	2 enfants inscrits et+
De 0 à 5 875 €	4,50 €	4,50 €
De 5 876 à 11 720 €	6,90 €	5,80 €
De 11 721 à 26 030 €	9,40 €	6,90 €
De 26 031 à 69 783 €	10,90 €	8,20 €
Au delà de 69 783 €	21,00 €	15,70 €

Autre obligation :

L'ALSH doit, à chaque inscription d'enfant, établir une fiche individuelle d'inscription faisant apparaître le nom et le prénom de l'enfant et des parents ainsi que son adresse et la profession des parents. Un cahier de présence des enfants doit-être établit car il s'agit d'une pièce comptable indispensable qui doit être mis à jour régulièrement puisqu'il s'agit de suivre la traçabilité du versement de la prestation pour l'ALSH. Il doit faire apparaître la tranche d'âge des enfants, être nominatif, pointer les jours de présences et les horaires.

La structure doit fournir le repas. En revanche, il ne doit pas avoir de supplément ou déduction faites pour les repas apportés par les familles.

Autre information, une demande de subvention auprès de l'État peut être effectuée (dossier COSA – Cerfa 12156-03). Il s'agit d'un dossier unique de demande de subvention institué en 2002 dans un souci de simplification des relations entre l'Etat et les associations. Ce dossier concerne le financement d'actions spécifiques ou le fonctionnement général de l'association, et exclut les demandes relatives à l'investissement.

Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant gérés par des associations ou des collectivités territoriales, sont exonérés de la Tva (cf. article 261-4-8 du code général des impôts).

Le paiement de cotisations (frais d'adhésion) est parfois obligatoire pour fréquenter l'établissement. Ce montant est toléré et la cotisation annuelle ne doit pas dépasser 50 euros par famille et par an. Dans ces différentes situations, l'existence de ces tarifications doit être inscrite dans le règlement de fonctionnement afin que toutes les familles en aient connaissance.

ANNEXE 15 - ANALYSE DES REPONSES DU QUESTIONNAIRE SUR LA PSYCHIATRIE

Nombre de réponses	17	Hommes	3	Femmes	14
--------------------	----	--------	---	--------	----

Tranche d'âge					
20 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	Plus de 70 ans
4	7	1	2	2	

Situation professionnelle						
Étudiant(e)	Salarié(e) / Fonctionnaire	Cadre	Profession libérale	Agriculteur	Retraité(e)	Sans Profession
1	7	5	1		2	1

Est-ce qu'un trouble psychique est différent d'un trouble psychiatrique ?	Oui	13	Non	3	Ne sait pas	1
---	-----	----	-----	---	-------------	----------

Avez-vous déjà dû, dans votre vie, consulter un pédopsychiatre, un psychologue, un psychanalyste, un orthophoniste, un psychomotricien, un psychothérapeute ou un psychiatre ?	Oui	7	Non	10
--	-----	---	-----	----

Consulter un de ces professionnels est-il un signe de folie ?	Oui	0	Non	17
---	-----	---	-----	----

Pensez-vous que la dépression soit une pathologie psychiatrique ?	Oui	9	Non	6	Ne sait pas	2
---	-----	---	-----	---	-------------	----------

A votre avis, existe-t-il des traitements permettant de stabiliser une personne aux troubles psychiatrique ?	Oui	17	Non	0
--	-----	----	-----	---

Est-ce qu'une maladie neurodégénérative est différente de la psychiatrie ?	Oui	13	Non	3	Ne sait pas	1
--	-----	----	-----	---	-------------	----------

Connaissez-vous quelqu'un dans votre entourage, famille, amis ou voisins, porteur d'une pathologie soit dégénérative soit psychiatrique ?	Oui	10	Non	7
---	-----	----	-----	---

Pensez-vous que des enfants, informés et préparés, peuvent être en contact avec des personnes porteurs de pathologies neurodégénératives ou psychiatrique sous la surveillance d'un professionnel ?	Oui	16	Non	1
---	-----	----	-----	---

Selon vous, peuvent-ils partager un goûter ou une animation ensemble ?	Oui	16	Non	1
--	-----	----	-----	---

Questions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Qu'est-ce que la normalité ?	c'est philosophique comme question, pour moi rien ne peut définir la normalité car cela dépend toujours de l'environnement. En d'autre terme : tout est relatif.	La normalité est pour moi, une situation/une <u>personne qui se confond dans le paysage</u> . Des personnes, qui bien différentes, partagent certaines mêmes valeurs, qui vivent semblablement avec les mêmes "outils" dans un contexte commun.	La normalité c'est pour moi quelque chose <u>qui ne sort pas de l'ordinaire</u> .	<u>Conformité au plus grand nombre</u>	<u>Ne pas être atteint d'une maladie psychiatrique lourde qui pourrait mettre en danger le sujet et/ou les gens qui l'entourent</u>	ce qui est normal pour nous, en fait <u>qui est comme nous</u> , qui ne nous choque pas ou ne nous surprend pas	Une situation ou une <u>personne se rapprochant des règles normales, physiques, sociales d'une société</u>	Chacun définit sa normalité	Ne sait pas	Ca n'existe pas	C'est ce qui correspond à <u>notre façon de percevoir les choses</u>	La normalité est une référence, à une norme. Tout ce qui est en dehors est jugé anormal et peut être <u>source d'anxiété et d'exclusion</u>	La normalité n'existe pas, mais c'est ce qu'impose la société	La normalité est une notion trop subjective pour pouvoir la définir. <u>Réussir à vivre en société, selon des valeurs communes et des règles</u> , en seraient pour moi les bases.	c'est être inséré socialement	quelque chose de basique, simple	La normalité est une personne qui arrive à s'adapter en société, qui se <u>plie aux règles de la collectivité et de savoir vivre</u> (enfin si le savoir vivre est encore respecté)
Qu'est-ce qu'une unité psychiatrique ? Comment l'imaginez-vous ?	c'est un hôpital dont les patients sont soignés avec des moyens relationnels (écoute, analyse, médicaments...). J'imagine que les patients sont plus surveillés, qu'un hôpital traditionnel pour ne pas qu'ils se blessent ou blessent autrui.	J'imagine que c'est un service dans lequel sont réunies toutes personnes qui sont soignées pour des maladies psychiques, non physique, donc non visible.	une unité psychiatrique est un centre qui accueille des personnes avec des déficiences psychiatriques	Une Unité fermée	C'est un service médical dédié aux patients atteints de troubles psychiatriques assez lourds. Je l'imagine très sécurisé, autant pour le patient que pour le personnel médical ainsi que pour les visiteurs.	une unité psychiatrique doit être un service réservé aux personnes atteintes de maladies ou problèmes psychiatriques. J'imagine cela comme un hôpital avec des patients qui sont un peu dans "leur monde".	Etablissement de soins accueillant des personnes ayant des difficultés d'ordre psychiatrique (dépression, skizophrénie...). Elle concentre tous un ensemble de professionnels paramédical et "social" (animateur) dont le but est de soigner la personne et de l'aider à revenir dans la société.	C'est un suivi médical dans un centre hospitalier	Lieu ou équipe encadrant des personnes qui ont le besoin imposé ou volontaire d'être suivi humainement ou qui éprouvent le besoin de s'isoler	C'est un service où l'on traite les troubles mentaux	Service médicaux appropriés aux personnes souffrant de trouble psychologique. Je l'imagine avec beaucoup de sécurité pour éviter que les malades se fassent du mal ou aux autres.	Une unité psychiatrique est un service/établissement qui accompagne des malades accueilli des personnes ayant des troubles psychiques et psychiatriques en fonction de leur origine géographique. Elles peuvent être accompagnées par un personnel médical et parfois social.	J'ai eu l'occasion d'en parler avec des personnes qui y ont été accueillies. Ces unités sont des structures (souvent fermées) qui proposent aux personnes accueillies un temps de pause pour faire un point sur eux-mêmes, leurs parcours et leurs difficultés à reprendre pied dans la société. J'imagine un lieu tout blanc, neutre, calme et reposant, avec de nombreux professionnels en blouses blanches, patients, attentifs et souriants. Un endroit où le temps est arrêté.	Un établissement qui accueille et soigne des hommes et des femmes avant une pathologie psychiatrique et des troubles du comportement	c'est un centre accueillant des personnes nécessitant des soins psychiatriques. Je l'imagine comme un hôpital.	Une unité de psychiatrie consiste à accueillir des personnes présentant différentes pathologies psy pour qu'elles vivent ensemble, avec un encadrement médical et paramédical. J'imagine un groupe de vie différent d'un centre hospitalier avec de la convivialité, de l'échange sur les temps de vie (repas, télé...)	
Qu'est-ce qu'une personne porteuse d'une pathologie psychiatrique ?	C'est une personne dont le comportement ne s'explique pas à première vue.	Ce serait une personne malade qui souffre intérieurement (sphyxisme) par épisode.	qu'un qui a des troubles du comportement	Une personne malade du cerveau	C'est une personne qui selon moi, doit être pris en charge par des services médicaux compétents afin que cette personne reçoive les soins nécessaires pour ne pas se mettre en danger.	est une personne atteinte de maladie mentale	Une personne qui a des problèmes "psychologique" : <u>dépression, skizophrénie, personnes troubles</u> du monde réel.	C'est quelqu'un qui peut avoir des troubles du comportement	Dysfonctionnement du cerveau, hyper ou sous utilisation de certaines capacités intellectuelles.	Un malade	Une maladie du mentale	N'a pas d'avis	c'est une personne qui a une souffrance psychologique ou des troubles psychiatriques tels que la schizophrénie	Ce serait une personne qui aurait perdu tout repère, et qui se sentirait en dehors du monde et de la vie, incompas et seul.	Un comportement qui ne répond pas à la normalité.	une personne qui aurait des difficultés pour vivre sa vie normalement, une personne qui n'est pas vraiment heureuse ayant un problème prenant une place trop importante dans sa vie.	Une personne qui a un moment donné s'est déconnecté avec le monde réel, un brouage du cerveau qui est de passage ou qui malheureusement reste et il faut apprendre à vivre avec et se protéger.
Quel terme psychiatrique connaissez-vous pour décrire une personne et quelle définition en donnez-vous (Exemple : la paranoïa : la personne pense qu'elle est espionnée)	Boulimie et autres addictions : Personne qui ne peut s'empêcher de manger ou consommer des substances. Anorexie : Personne qui ne veut pas s'alimenter. TOC : personne qui ne peut s'empêcher de réaliser des actions incontrôlées.	Schizophrénie : c'est une maladie qui se manifeste sur une personne en lui imposant une double personnalité	hypocondriaque : qq'un qui a peur de la maladie	Schizophrène : double personnalité	Schizophrénie : la personne a des hallucinations qui le pousse à avoir un comportement étrange	schizophrénie : la personne est un peu déconnectée de notre monde réel, elle peut se sentir persécutée, elle entend des voix, a des hallucinations et a du mal à se concentrer.	depression : mal être de la personne ; phase de joie et phase de dépression, skizophrène : personne qui entend des voix, "angoissés" : peur de sortir, peur de la foule peur du monde extérieur	Mythomanie : personne qui ment Schizophrénie : personne qui échange le réel et l'imaginaire	Non	Schizophrénie : désorganisation de la pensée, paranoïa et anxiété	le schizophrénie : personne ayant un réel différent du notre qui peut provoquer un comportement violent.	Agoraphobe (peur des gens bon en racourcissant), tout ce qui va être du registre des phobies (phobe), ...	La schizophrénie : personne qui n'associe pas son imaginaire avec le réel	Schizophrénie (dédoublement de la personnalité), l'agoraphobie (peur du groupe) et toutes les autres phobies qui empêchent de vivre en société.	schizophrénie : psychose avec troubles hallucinatoires	Ne sait pas	La schizophrénie : personne qui peut avoir un dédoublement de personnalité, des gestes inexplicables qui peuvent être dangereux pour elle même ou pour les autres.
Qu'est-ce qu'une maladie neurodégénérative ?	c'est une maladie qui affecte physiquement le cerveau.	Sans chercher dans le dictionnaire, en utilisant l'ethymologie je dirai que c'est une maladie mentale (neuro) qui se dégrade (dégénérative) avec le temps.	une maladie qui touche le cerveau	Les nerfs qui se détériorent	c'est une maladie qui "attaque" le cerveau et qui, de fait, altère les capacités intellectuelles et physiques du patient (ex: Alzheimer)	une maladie atteignant peu le système nerveux jusqu'à dégenation	Maladie touchant les nerfs, le cerveau : type alzheimer, parkinson	Le cerveau et qui peut entraîner la mort	Dégradation du réseau neuronal	C'est la diminution du fonctionnement des neurones	Une maladie qui détruit les cellules du cerveau	Une maladie qui atteint le cerveau (neuro) et qui évolue dans le temps.	une maladie des neurones qui a des répercussions graves, souvent mortelles	Je pense que c'est une déficience au niveau du cerveau qui évolue au fil du temps. La maladie de Charcot (SLA) est en une.	une maladie du cerveau qui s'aggrave avec le temps	Ne sait pas	Une maladie qui touche les neurones mais aussi les autres fonctions du corps et finisse par handicaper la personne
Que pensez-vous d'une Maison de Retraite qui accueille des résidents porteurs de pathologies psychiatriques ?	C'est nécessaire mais cela doit être très dure psychologiquement pour le personnel.	Je dirai que cela est semblable à un service d'unité psychiatrique dans un hôpital. La seule différence ce serait certainement autre que l'hôpital. L'environnement du patient dans une institution me semblerait beaucoup plus agréable. Les Patients seraient entre eux, pour des maladies "semblables" sans voir, ni entrer en contact, avec le milieu médical qui implique des patients qui n'ont pas les mêmes problèmes, ni même leur médecins en blouse blanche.	Pas de réponse	Pas de réponse	les résidents porteurs de pathologies psychiatriques pourraient déranger la tranquillité des patients non porteurs de pathologies psy. De plus, je ne suis pas certaine que le personnel médical des maisons de retraite soit suffisamment compétent et patient pour s'occuper de ces patients.	je pense qu'il est nécessaire d'avoir des maisons spécialisées pour ce type de pathologies.	Bonne chose pour aider, épauler, soigner ces personnes	Il n'y en a pas assez	Ne savait pas que cela existait	Il en faut	Heureusement il existe des endroits comme ça	Tant que le personnel est formé, le traitement adapté et que ça corresponde aux besoins de la personne pas de soucis.	Ils ont tout autant leur place, si leur accompagnement est bien suivi, à titre égal qu'une autre personne	Les personnes âgées étant des personnes vulnérables, il faut un encadrement sécurisé et du personnel suffisant pour un maximum de sécurité	ce serait une bonne chose. Les soins seraient adaptés à ces personnes.	Que c'est une bonne chose a personnel suffisant et formé car il n'y a pas de raison de mettre ces personnes à l'écart	

ANNEXE 16 – BUDGET FRAIS DE PERSONNEL N°1

MOIS	EQUIPE	NOMBRE DE JOUR D'OUVERTURE PAR MOIS	NOMBRE D'HEURE TRAVAILLEES PAR JOUR	NOMBRE DE PERSONNES PAR EQUIPE	COUT HORAIRE (SALAIRE BRUT + CHARGES PATRONALES)	TOTAL	TOTAL MENSUEL A BUDGETER	NOMBRE D'ENFANTS PRESENTS PAR JOUR EN MOYENNE D'APRES LE RATIO D'ENCADREMENT	REPARTITION ENFANTS - MATIN / SOIR	NOMBRE D'HEURES FACTUREES
SEPTEMBRE	MATIN	8	8	2	12,00 €	1 536,00 €	1 600,00 €	24	14	896
	SOIR	8	8	2	12,00 €	1 536,00 €	1 600,00 €		10	640
OCTOBRE	MATIN	6	8	2	12,00 €	1 152,00 €	1 200,00 €	24	14	672
	SOIR	6	8	2	12,00 €	1 152,00 €	1 200,00 €		10	480
OCTOBRE (VACANCES)	MATIN	6	8	4	12,00 €	2 304,00 €	2 300,00 €	24	14	672
	SOIR	6	8	4	12,00 €	2 304,00 €	2 300,00 €		10	480
NOVEMBRE	MATIN	11	8	2	12,00 €	2 112,00 €	2 200,00 €	24	14	1232
	SOIR	11	8	2	12,00 €	2 112,00 €	2 200,00 €		10	880
DECEMBRE	MATIN	6	8	2	12,00 €	1 152,00 €	1 200,00 €	24	14	672
	SOIR	6	8	2	12,00 €	1 152,00 €	1 200,00 €		10	480
DECEMBRE (VACANCES)	MATIN	10	8	4	12,00 €	3 840,00 €	3 900,00 €	24	14	1120
	SOIR	10	8	4	12,00 €	3 840,00 €	3 900,00 €		10	800
JANVIER	MATIN	8	8	2	12,00 €	1 536,00 €	1 600,00 €	24	14	896
	SOIR	8	8	2	12,00 €	1 536,00 €	1 600,00 €		10	640
FEVRIER	MATIN	8	8	2	12,00 €	1 536,00 €	1 600,00 €	24	14	896
	SOIR	8	8	2	12,00 €	1 536,00 €	1 600,00 €		10	640
MARS	MATIN	5	8	2	12,00 €	960,00 €	1 000,00 €	24	14	560
	SOIR	5	8	2	12,00 €	960,00 €	1 000,00 €		10	400
MARS (VACANCES)	MATIN	12	8	4	12,00 €	4 608,00 €	4 600,00 €	24	14	1344
	SOIR	12	8	4	12,00 €	4 608,00 €	4 600,00 €		10	960
AVRIL	MATIN	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €	24	14	448
	SOIR	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €		10	320
AVRIL (VACANCES)	MATIN	12	8	4	12,00 €	4 608,00 €	4 700,00 €	24	14	1344
	SOIR	12	8	4	12,00 €	4 608,00 €	4 700,00 €		10	960
MAI	MATIN	12	8	2	12,00 €	2 304,00 €	2 300,00 €	24	14	1344
	SOIR	12	8	2	12,00 €	2 304,00 €	2 300,00 €		10	960
JUIN	MATIN	9	8	2	12,00 €	1 728,00 €	1 800,00 €	24	14	1008
	SOIR	9	8	2	12,00 €	1 728,00 €	1 800,00 €		10	720
JUILLET (VACANCES)	MATIN	27	8	4	12,00 €	10 368,00 €	10 400,00 €	24	14	3024
	SOIR	27	8	4	12,00 €	10 368,00 €	10 400,00 €		10	2160
AOÛT (VACANCES)	MATIN	27	8	4	12,00 €	10 368,00 €	10 400,00 €	24	14	3024
	SOIR	27	8	4	12,00 €	10 368,00 €	10 400,00 €		10	2160
					TOTAL	101 760,00 €	103 200,00 €		TOTAL HEURES FACTUREES SUR L'ANNEE	32 832

Anaïs Gerbault:
Les enfants sont présents 8h45 mais le calcul de la PS impose de ne compter une présence que de 8h maximum pour chaque enfant.

Anaïs Gerbault:
Nombre de jour d'ouverture X Le nombre d'heures travaillées par jour X le nombre d'enfant

Anaïs Gerbault:
Il s'agit d'une évaluation du total d'heures facturées aux parents. Ce total sert dans le calcul de la PS ALSH

ANNEXE 17 - TABLEAU D'AMORTISSEMENT

Tableau d'amortissement					
Libellé	Valeur	Année	Annuité	Amortissement cumulé	Valeur
<u>Table de restauration NF 4 pieds flore mélamine pvc 200 x 80 cm</u>	1 404,00 €	1	140,40 €	140,40 €	1 263,60 €
	1 263,60 €	2	140,40 €	280,80 €	1 123,20 €
	1 123,20 €	3	140,40 €	421,20 €	982,80 €
	982,80 €	4	140,40 €	561,60 €	842,40 €
	842,40 €	5	140,40 €	702,00 €	702,00 €
	702,00 €	6	140,40 €	842,40 €	561,60 €
	561,60 €	7	140,40 €	982,80 €	421,20 €
	421,20 €	8	140,40 €	1 123,20 €	280,80 €
	280,80 €	9	140,40 €	1 263,60 €	140,40 €
	140,40 €	10	140,40 €	1 404,00 €	0,00 €

Tableau d'amortissement					
Libellé	Valeur	Année	Annuité	Amortissement cumulé	Valeur
<u>Lit pliant métal et toile non feu</u>	1 296,00 €	1	129,60 €	129,60 €	1 166,40 €
	1 166,40 €	2	129,60 €	259,20 €	1 036,80 €
	1 036,80 €	3	129,60 €	388,80 €	907,20 €
	907,20 €	4	129,60 €	518,40 €	777,60 €
	777,60 €	5	129,60 €	648,00 €	648,00 €
	648,00 €	6	129,60 €	777,60 €	518,40 €
	518,40 €	7	129,60 €	907,20 €	388,80 €
	388,80 €	8	129,60 €	1 036,80 €	259,20 €
	259,20 €	9	129,60 €	1 166,40 €	129,60 €
	129,60 €	10	129,60 €	1 296,00 €	0,00 €

Tableau d'amortissement					
Libellé	Valeur	Année	Annuité	Amortissement cumulé	Valeur
<u>Chaise restauration diane 4 pieds t3</u>	2 080,00 €	1	208,00 €	208,00 €	1 872,00 €
	1 872,00 €	2	208,00 €	416,00 €	1 664,00 €
	1 664,00 €	3	208,00 €	624,00 €	1 456,00 €
	1 456,00 €	4	208,00 €	832,00 €	1 248,00 €
	1 248,00 €	5	208,00 €	1 040,00 €	1 040,00 €
	1 040,00 €	6	208,00 €	1 248,00 €	832,00 €
	832,00 €	7	208,00 €	1 456,00 €	624,00 €
	624,00 €	8	208,00 €	1 664,00 €	416,00 €
	416,00 €	9	208,00 €	1 872,00 €	208,00 €
	208,00 €	10	208,00 €	2 080,00 €	0,00 €

Tableau d'amortissement					
Libellé	Valeur	Année	Annuité	Amortissement cumulé	Valeur
<u>Rangement a 8 casiers h 15 cm 2 colonnes h 97 cm</u>	401,00 €	1	40,10 €	40,10 €	360,90 €
	360,90 €	2	40,10 €	80,20 €	320,80 €
	320,80 €	3	40,10 €	120,30 €	280,70 €
	280,70 €	4	40,10 €	160,40 €	240,60 €
	240,60 €	5	40,10 €	200,50 €	200,50 €
	200,50 €	6	40,10 €	240,60 €	160,40 €
	160,40 €	7	40,10 €	280,70 €	120,30 €
	120,30 €	8	40,10 €	320,80 €	80,20 €
	80,20 €	9	40,10 €	360,90 €	40,10 €
	40,10 €	10	40,10 €	401,00 €	0,00 €

Libellé	Valeur	Année	Annuité	Amortissement cumulé	Valeur
Micro-Ondes	65,00 €	1	13,00 €	13,00 €	52,00 €
	52,00 €	2	13,00 €	26,00 €	39,00 €
	39,00 €	3	13,00 €	39,00 €	26,00 €
	26,00 €	4	13,00 €	52,00 €	13,00 €
	13,00 €	5	13,00 €	65,00 €	0,00 €

Libellé	Valeur	Année	Annuité	Amortissement cumulé	Valeur
Frigo Darty	275,00 €	1	55,00 €	55,00 €	220,00 €
	220,00 €	2	55,00 €	110,00 €	165,00 €
	165,00 €	3	55,00 €	165,00 €	110,00 €
	110,00 €	4	55,00 €	220,00 €	55,00 €
	55,00 €	5	55,00 €	275,00 €	0,00 €

TOTAL ANNUEL AMORTISSEMENT	Année	Amortissement Annuel Tous produits
	1	586,10 €
	2	586,10 €
	3	586,10 €
	4	586,10 €
	5	586,10 €
	6	518,10 €
	7	518,10 €
	8	518,10 €
	9	518,10 €
10	518,10 €	

ANNEXE 18 - PRESTATION DE SERVICE N°1

SALAIRES BRUTS + CHARGES PATRONALES	103 200,00 €	Anaïs Gerbault: Repas livrés par une Cuisine Centrale et servi par le personnel de l'ALSH. Devis de restauration ci-joint
RESTAURATIONS	41 000,00 €	
AMORTISSEMENTS DES IMMOBILISATIONS	590,00 €	
TOTAL ANNUEL DES CHARGES DU COMPTE DE RESULTAT	144 790,00 €	
NOMBRE ANNUEL D'HEURES REALISEES	32 832	Anaïs Gerbault: On parle ici des heures d'ouvertures de la structure et non pas des heures qui seront facturées aux parents.
PRIX DE REVIENT	4,41 €	Anaïs Gerbault: Tel que défini par la CAF pour la PS ALSH. Ceci n'est pas un coût supplémentaire pour qui que se soit, c'est juste un indicateur pour le calcul de la PS ALSH.
MONTANT DE LA PS ALSH (par heure réalisée)	0,47 €	
NOMBRE ANNUEL D'HEURES FACTUREES AUX PARENTS	32832	Anaïs Gerbault: 30% du prix de revient
MONTANT PERÇU POUR L'ANNEE AU TITRE LA PS ALSH (Ce qui va aller dans la colonne REVENU du budget PREVISIONNEL)	15 266,88 €	Anaïs Gerbault: Il s'agit là de ce qu'on facture réellement aux parents (100% des parents sont au Régime Général CAF). Pour 1 journée de 16h, on va facturer 9enfants x 8h le matin + 15 enfants x 8h l'après-midi ce qui donne un total beaucoup plus important que le nombre d'heure d'ouverture.
		Anaïs Gerbault: On choisi de calculer par "Heures réalisées" pour pouvoir prendre en compte + de 08h par jour. Cela implique d'avoir mis en place une cotisation versée par les familles.

Le montant de la PS (Prestation de Service) « Alsh » correspond à **30% du prix de revient** unitaire du service dans la limite du prix de revient plafond (*environ 1,60 € par heure*) fixé annuellement par la Cnaf, multiplié par le **nombre total d'heures facturées** et par les taux de régime général figurant sur les questionnaires SIEJ (taux différents suivant les périodes de fonctionnement et les tranches d'âge).

Prix de revient = Total des charges du compte de résultat / Nombre total Heures réalisées

Le nombre total d'heures réalisées correspond à la somme des heures de présence effective (depuis l'heure d'arrivée de l'enfant jusqu'à son heure de départ) de tous les enfants, quel que soit leur régime d'appartenance et quel que soit le mode de tarification (cf tableau ci-dessus).

ANNEXE 20.1 – FRAIS DE PERSONNEL N°2

MOIS	EQUIPE	NOMBRE DE JOUR D'OUVERTURE PAR MOIS	NOMBRE D'HEURE TRAVAILLEES PAR JOUR	NOMBRE DE PERSONNES PAR EQUIPE	COUT HORAIRE (SALAIRE BRUT + CHARGES PATRONALES)	TOTAL	TOTAL MENSUEL A BUDGETER	NOMBRE D'ENFANTS PRESENTS PAR JOUR EN MOYENNE D'APRES LE RATIO D'ENCADREMENT	REPARTITION ENFANTS - MATIN / SOIR	NOMBRE D'HEURES FACTUREES	
SEPTEMBRE	MATIN	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €	24	14	448	
	SOIR	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €		10	320	
OCTOBRE	MATIN	3	8	2	12,00 €	576,00 €	600,00 €	24	14	336	
	SOIR	3	8	2	12,00 €	576,00 €	600,00 €		10	240	
OCTOBRE (VACANCES)	MATIN	5	8	4	12,00 €	1 920,00 €	2 000,00 €	24	14	560	
	SOIR	5	8	4	12,00 €	1 920,00 €	2 000,00 €		10	400	
NOVEMBRE	MATIN	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €	24	14	448	
	SOIR	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €		10	320	
DECEMBRE	MATIN	3	8	2	12,00 €	576,00 €	600,00 €	24	14	336	
	SOIR	3	8	2	12,00 €	576,00 €	600,00 €		10	240	
DECEMBRE (VACANCES)	MATIN	8	8	4	12,00 €	3 072,00 €	3 000,00 €	24	14	896	
	SOIR	8	8	4	12,00 €	3 072,00 €	3 000,00 €		10	640	
JANVIER	MATIN	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €	24	14	448	
	SOIR	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €		10	320	
FEVRIER	MATIN	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €	24	14	448	
	SOIR	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €		10	320	
MARS	MATIN	2	8	2	12,00 €	384,00 €	400,00 €	24	14	224	
	SOIR	2	8	2	12,00 €	384,00 €	400,00 €		10	160	
MARS (VACANCES)	MATIN	10	8	4	12,00 €	3 840,00 €	3 900,00 €	24	14	1120	
	SOIR	10	8	4	12,00 €	3 840,00 €	3 900,00 €		10	800	
AVRIL	MATIN	2	8	2	12,00 €	384,00 €	400,00 €	24	14	224	
	SOIR	2	8	2	12,00 €	384,00 €	400,00 €		10	160	
AVRIL (VACANCES)	MATIN	10	8	4	12,00 €	3 840,00 €	3 900,00 €	24	14	1120	
	SOIR	10	8	4	12,00 €	3 840,00 €	3 900,00 €		10	800	
MAI	MATIN	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €	24	14	448	
	SOIR	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €		10	320	
JUIN	MATIN	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €	24	14	448	
	SOIR	4	8	2	12,00 €	768,00 €	800,00 €		10	320	
JUILLET (VACANCES)	MATIN	22	8	4	12,00 €	8 448,00 €	8 500,00 €	24	14	2464	
	SOIR	22	8	4	12,00 €	8 448,00 €	8 500,00 €		10	1760	
AOÛT (VACANCES)	MATIN	20	8	4	12,00 €	7 680,00 €	8 000,00 €	24	14	2240	
	SOIR	20	8	4	12,00 €	7 680,00 €	8 000,00 €		10	1600	
					TOTAL	70 656,00 €	72 200,00 €			TOTAL HEURES FACTURÉES SUR L'ANNÉE	20928

ANNEXE 20.3 - BUDGET PRÉSSIONNEL N°2

POSTES	DEPENSES	RECETTES	ECARTS
SALAIRES BRUTS + CHARGES PATRONNALES	-72 200,00 €		
RESTAURATION	-28 000,00 €		
FOURNITURES (CRAYONS, PEINTURES, ETC...)	-1 000,00 €		
INVESTISSEMENTS	-590,00 €		
LOCATION DES LOCAUX	-XXX		
EAU, GAZ, ÉLECTRICITÉ	-ZZZ		
ASSURANCES (ALSH LOCAUX,...)	-YYYY		
SUBVENTION EAU, GAZ, ÉLECTRICITÉ (EHPAD ST BARTHELEMY)		+ZZZ	
SUBVENTION LOCATION DES LOCAUX (EHPAD ST BARTHELEMY)		+XXX	
SUBVENTION ASSURANCES (ALSH, LOCAUX,...) (EHPAD ST BARTHELEMY)		+YYYY	
PS ALSH		9 700,00 €	
PSU		0,00 €	
SUBVENTIONS PONCTUELLES SOLLICITEES		+AAA	
PARTICIPATIONS CE		3 500,00 €	
COTISATIONS ANNUELLES PARENTALES (TARIF FAMILLES NON IMPOSABLES)		600,00 €	
COTISATIONS ANNUELLES PARENTALES (TARIF FAMILLES IMPOSABLES)		350,00 €	
FACTURATION HORAIRE (TARIF FAMILLES NON IMPOSABLES)			
FACTURATION HORAIRE (TARIF FAMILLES IMPOSABLES)			
	-101 790,00 €	14 150,00 €	-87 640,00 €
	Montant par heure et par enfant à refacturer aux familles		-2,67 €
	Montant médian par enfant et par jour		-22,54 €

Anaïs Gerbault:
Réduction du nombre de jours d'ouverture et réduction de l'empilude horaire

Anaïs Gerbault:
30€ Par enfant et par an

Anaïs Gerbault:
50€ par enfant et par an

ANNEXE 21 - EVALUATION DU PROJET

CRITÈRE : L'ALSH EST OUVERTET						
Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Le projet est réali- sé	Les équipes de travail sont-elles mobilisées ?	X		Remercier les équipes en les invitant et en les mettant à l'honneur le jour de l'inauguration	Juin 2014 Date prévue de l'ouverture	Le Directeur/Le Président de la Fondation
			X	Remobiliser les équipes de travail	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Revoir la communication du projet en rappelant les objectifs du projet	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
			X	Mobiliser une personne supplémentaire pour aider à l'accomplissement des tâches	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
	Est-ce que le COPIL est impliqué dans les décisions ?		X	Remobiliser le COPIL	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
			X	Mobiliser le Président et la Fondation	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
	L'agrément par la DRCS est acceptée ? (Peu de risques de refus)		X	Faire les démarches nécessaires auprès de la PMI pour agrément des moins de 6 ans	A réception de l'agrément de la DRCS	Chef de Projet et/ou la Direction et/ou le Président de la Fondation
			X	Contacteur la CAF et la Mairie de l'arrondissement pour passer un contrat "Enfance Jeunesse"	A réception de l'agrément de la DRCS	Chef de Projet
			X	Reprendre le projet et prévoir un entretien avec la DRCS	Dès courrier de refus de l'agrément DRCS	chef de Projet et/ou la Direction et/ou le Président de la Fondation
	Respect des obligations contractuelles avec l'Etat	Le projet pédagogique a-t-il été rédigé ?	X		Appliquer le projet	Dès l'ouverture de l'ALSH
			X	Rédiger le projet pédagogique	Avant l'ouverture de l'ALSH	La Direction et/ou Chef de Projet
Un public extérieur est-il inclus dans la structure ?		X		Établir une liste d'attente	Dès l'ouverture de l'ALSH	La Direction et/ou Chef de Projet
			X	Créer des partenariats avec les prestataires de services, sociétés extérieurs, rappeler à la CAF et à la Mairie qu'il y a des disponibilités	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Respect du planning	Les locaux sont-ils disponibles à la date prévue ?	X		Prévoir un nettoyage des locaux, un contrôle CHSCT et un contrôle Sécurité Incendie	Courant Mai 2014	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Décalage de l'ouverture à une date ultérieure	En fonction de la disponibilité des locaux => <i>Informez les résidents, les familles, la DRCS, etc... du décalage d'ouverture</i>	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
Respect du budget d'investissement et de fonctionnement	Le budget est-il correct ?	X		Pérenniser le budget en cherchant de nouvelles subventions	Dès l'ouverture de l'ALSH	La Direction et/ou Chef de Projet
			X	Trouver des solutions moins chères	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
			X	Mener des négociations avec les prestataires	<i>Durant la réalisation du projet</i>	La Direction et/ou Chef de Projet
			X	Trouver des sources de financement	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
			X	Réévaluer la participation des familles	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
	L'investissement est-il plus coûteux ?	X		Réévaluer le budget	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
		X		Trouver une nouvelle ressource de financement	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
	Le fonctionnement est-il plus coûteux ?	X		Réévaluer les effectifs du personnel	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
		X		Réévaluer le contrat de restauration	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
		X		Relever les frais de participation des familles	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet
X			Réévaluation la participation financière de la CAF	<i>Durant la réalisation du projet</i>	Chef de Projet	

CRITÈRE : L'INTERGENERATIONALITE EST ATTEINTE - Objectif n°1 : Le bien être des résidents

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Les résidents ont manifesté de l'intérêt pour ce lieu.	Les résidents ont-ils été suffisamment informés de la création de ce lieu de vie avec des enfants ?	X		Relancer régulièrement l'information sur la structure	Tous les 3 mois après l'ouverture de l'ALSH	Animateurs ALSH
			X	Revoir le plan de communication vers les résidents et leurs familles.	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet
Les animations sont réalisées avec les résidents.	Les activités sont-elles adaptées aux personnes âgées ?	X		Prévoir de nouvelles activités pour varier les plaisirs	Tous les 3 mois après l'ouverture de l'ALSH	Animateurs ALSH
		X	X	Faire un bilan des activités	J+6 mois après ouverture	Chef de Projet / Animateurs ALSH
		X		Faire un bilan des résidents et de leur vécu	J+6 mois après ouverture	Chef de Projet / Animateurs ALSH
			X	Rappeler les consignes du lieu de vie <i>inter-générationnel</i> aux animateurs.	J+1 mois après ouverture	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
Les résidents participent régulièrement.	La communication sur les périodes d'ouvertures est-elle faite ?	X		Systématiser le rappel des informations des périodes d'ouvertures	Avant chaque vacances scolaires	Chef de Projet
			X	Revoir le plan de communication auprès des résidents	Avant chaque vacances scolaires	Chef de Projet
	Existe-t-il une fatigabilité pour le résident ?	X		Prévoir des activités moins longues et moins pénibles	J+1 mois après ouverture	Animateurs ALSH
			X	Faire un point régulier avec les personnes âgées	Tous les mois pendant 6 mois et après tous une fois par trimestre	Animateurs ALSH/Chef de Projet
Les résidents sont impliqués dans les activités.	Les Services Animations (Maison de retraite + ALSH) impliquent-ils les résidents ?	X		Organiser des réunions avec des résidents pour avoir de nouvelles propositions d'activités	J+1 mois après ouverture puis 1 fois par mois	Animateurs ALSH
			X	Rappeler les consignes du lieu de vie <i>inter-générationnel</i> aux animateurs.	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
	Existe-il des difficultés d'échange et de communication ?		X	Rappeler les consignes du lieu de vie <i>inter-générationnel</i> aux animateurs.	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Les résidents proposent des activités	La structure est-elle adaptée aux besoins des personnes âgées ?	X		Faire participer les résidents aux prises de décisions d'animation	A chaque réunion d'animation	Chef de Projet
			X	Faire un point avec le personnel (ALSH et EHPAD) encadrant pour savoir si le problème vient du résident, du lieu ou du concept lui-même.	J+1 mois après ouverture	Chef de Projet
Les animateurs se montrent disponibles pour les familles et les résidents	Les animateurs sont-ils en confiance face aux résidents ?	X		Entretien de ses liens en travaillant sur la communication et l'échange		Animation
			X	Réunir l'équipe d'animateur et la psychologue de l'EHPAD pour travailler sur des pistes de réflexion	Dès que le souci apparaît	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
Une relation chaleureuse (qui apporte de l'affection) et bienveillante existe entre les résidents et les enfants.	Les résidents apprécient-ils les échanges avec les enfants ?	X		Faire connaître la particularité du lieu de vie intergénérationnelle et du bonheur qu'il procure aux résidents	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Faire un point avec le personnel (ALSH et EHPAD) encadrant pour savoir si le problème vient du résident, du lieu ou du concept lui-même.	J+1 mois après ouverture	Chef de Projet
	Les résidents réagissent-ils mal à la présence des enfants ?		X	Travail explicatif de la part du personnel de l'EHPAD pour les aider à mieux appréhender le contact avec les enfants.	J+1 mois après ouverture	Personnel de l'EHPAD + Psychologue de l'EHPAD
			X	Réaliser un sondage auprès des résidents pour connaître l'état de satisfaction	J+1 mois après ouverture	Chef de Projet
Le résident s'est développé un réseau social (même minime)	Existe-t-il une communication entre les familles des enfants et les résidents ?	X		Aider à pérenniser ses liens en organisant des journées parents/enfants/résidents	1 fois par an autour d'un repas par exemple	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Mettre en place des moments d'échanges entre les familles, les enfants et les résidents (par exemple les résidents font un compte rendu de la journée aux parents)	J+3 mois après ouverture	Personnel de l'EHPAD + Psychologue de l'EHPAD
	Les résidents s'entendent-ils mieux avec les collaborateurs soignant dont les enfants sont dans l'ALSH ?		X	Mettre en place des moments d'échanges entre les résidents et les collaborateurs	J+3 mois après ouverture	Personnel de l'EHPAD + Psychologue de l'EHPAD

CRITÈRE : L'INTERGENERATIONALITE EST ATTEINTE - Objectif n°2 : Le bien-être des enfants

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Le ration encadrement est suffisant	Il y a-t-il assez d'enfants dans la structure ?	X		Mettre en place une liste d'attente	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet
		X		Augmenter la capacité d'accueil	J+1 an	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
		X		Augmenter les effectifs du personnel animation par le recrutement	J+1 an	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Communiquer autours de la disponibilité des places auprès des partenaires et des familles	Dès l'ouverture de la structure puis dès que les effectifs sont en baisse	Chef de Projet
Les animateurs connaissent bien le public et leur besoins spécifiques	Les animateurs sont-ils assez informé sur la spécificité du double public ?	X		Rappeler les consignes du lieu de vie <i>intergénérationnel</i> aux animateurs.	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Organiser une journée de formation sur les différents besoins des deux publics accueillis	Avant l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
Les horaires	Les horaires d'ouvertures 06h00-21h00 sont-ils appliqués ?	X		Effectuer un sondage pour savoir si les besoins sont satisfaits	Après 6 mois de fonctionnement	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Réévaluer les besoins en horaires d'ouverture par un sondage		
	Les conjoints des collaborateurs et les familles extérieurs amènent-ils les enfants plus tard dans la matinée et viennent les récupérer plutôt ?	X		Réévaluer les besoins en horaires d'ouverture par un sondage		
			X	Réévaluer les besoins en horaires d'ouverture par un sondage		

Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
L'équipe d'animateurs est en capacité de travailler en autonomie et en équipe dans la réalisation d'activités	Les Animateurs s'entendent-ils entre eux ?	X		Pérenniser cette entente en organisant une fois par an un repas pour maintenir les liens		Chef de Projet
			X	Organiser une réunion pour rappeler l'intérêt pour les résidents et les enfants de leur travail en collaboration	Dès que le soucis apparaît	Chef de Projet
			X	Déceler les conflits et les remédier	Dès que le soucis apparaît	Chef de Projet
Les informations concernant les allergies ou les problèmes de santé sont transmises et prises en compte	La lecture des informations est-elle faite régulièrement ?	X		Rappeler l'importance de lire les informations	Dès l'ouverture de l'ALSH et à rappeler régulièrement (affichage d'une note,...)	Chef de Projet et/ou Direction
			X	Rappeler les obligations légales d'un ALSH	Dès l'ouverture de l'ALSH et à rappeler régulièrement (affichage d'une note,...)	Chef de Projet et/ou Direction
			X	Rappeler les consignes du lieu de vie <i>intergénérationnel</i> aux animateurs.	Dès l'ouverture de l'ALSH et à rappeler régulièrement (affichage d'une note,...)	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
Réaction des enfants	Les enfants réagissent-ils positivement à la présence des personnes âgées ?	X		Maintenir ses liens en organisant des échanges avec les familles, les enfants et les résidents	Tous les 3 mois	Animation
		X		Organiser des activités individualisées et encadrées	A voir à partir de J+6 mois	Animation
			X	Réunir l'équipe d'Animateur et la Psychologue de l'EHPAD pour travailler sur des pistes de réflexion	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Faire un bilan des enfants	J+1 mois	Animation/Chef de Projet
	Les enfants sont-ils à l'aise en présence des résidents ?	X	X	Faire un sondage auprès des enfants et des familles	J+3 mois	Animation/Chef de Projet
			X	Faire un bilan des enfants	J+1 mois	Animation/Chef de Projet
			X	Réunir l'équipe d'Animateur et la Psychologue de l'EHPAD pour travailler sur des pistes de réflexion	J+3 mois	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction

CRITÈRE : LES GAINS ANNEXES						
Indicateurs	Pourquoi	Oui	Non	Plans d'action à mettre en place	Quand ?	Par qui ?
Les valeurs de la Fondation sont appliquées dans la structure	Les animateurs ne connaissent-ils les valeurs de la Fondation ?	X		Rappeler régulièrement les valeurs	Une fois par an	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
			X	Faire participer l'équipe d'animateurs aux journées hospitalières	J+1 an	Chef de Projet et/ou COPIL et/ou Direction
L'impact sur la prise en charge médicale du résident	Les collaborateurs sont-ils d'avantage présent dans l'établissement ? (le taux d'absentéisme a-t-il diminué ?)	X	X	Sondage auprès des salariés	J+1 an	Chef de Projet
L'impact positif de la création du lieu de vie intergénérationnel dépasse le cadre de SJD et en fait un EHPAD de référence sur le territoire nationale	La communication sur la création de cet espace est-elle suffisante ?	X		Entretenir la communication de ce lieu de vie (intégrer le concept dans la brochure de présentation de l'établissement)	J+3 mois	Chef de Projet/Directeur
			X	Revoir le plan de communication	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet/Directeur
			X	Informers les médias de la création de ce lieu de vie intergénérationnel	Dès l'ouverture de l'ALSH	Chef de Projet/Directeur

Résumé :

Voici un extrait du blog « **Le blog des rapports humains – la solitude des personnes âgées – Inside Mme R** » : « *Il est cinq heures du matin, je ne dors plus depuis déjà une heure. Encore une journée à passer seule..... Je n'aime pas la nuit; elle m'angoisse Mon mari est parti l'année dernière pour un monde meilleur, mes enfants que je ne vois que trop peu souvent et dont j'aimerais avoir des nouvelles, au moins par téléphone ou encore mes amies dont la plupart sont parties, elles aussi* ». Une réalité vécue par les résidents de l'EHPAD St-Barthélémy – Fondation St-Jean de Dieu. Ce sentiment de solitude et d'isolement est encore plus fort chez les résidents porteurs d'une pathologie psychiatrique qui sont victime d'un rejet familial.

Le vieillissement de la population française due au baby-boom conduit à faire de l'isolement et de la solitude des séniors une piste de réflexion à développer dans le temps. L'intergénérationnel apparaît être une alternative qui tendrait à aider les personnes âgées à rompre le cercle de solitude et permettrait de revaloriser leur image qui est mis à mal par le regard de notre société.

Mots clés :

Pathologie psychiatrique, isolement sociale, solitude, rupture familiale, droit à la parole, bien-être des résidents, intergénérationnel et activités de loisirs sans hébergement.