

**Service instructeur**  
Service Prévention de la Dépendance

N° 4<sup>e</sup>/1607

**Service consulté**

**CAHIER DES CHARGES SPÉCIFIQUE ALZHEIMER  
ANNEXE DE L'ABÉCÉDAIRE DÉPARTEMENTAL**

Résumé : *Le présent rapport a pour objet de présenter les cahiers des charges des unités Alzheimer et des Accueils de Jour pour personnes âgées nécessitant une validation.*

Le schéma gérontologique 2006-2011 fixe comme un de ses objectifs, la réalisation d'un cahier des charges définissant les normes architecturales et la prise en charge adaptée nécessaire aux structures accueillant des personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Un groupe de travail « Développement de l'Offre Alzheimer » a été mis en place en septembre 2006 afin de définir les modalités de prise en charge :

- en unité Alzheimer de manière permanente ou temporaire,
- en Accueil de Jour annexé ou autonome.

Ces deux cahiers des charges :

- définissent le public visé, les objectifs de l'accueil et le projet institutionnel,
- détaillent les modalités de fonctionnement,
- indiquent les normes architecturales à respecter,
- proposent un outil d'évaluation annuel.

Ces documents de référence complétant l'Abécédaire Départemental permettent de garantir la cohérence et l'homogénéité des projets dans le département en fournissant à leurs promoteurs un cadre précis assorti de conseils et recommandations utiles à leur démarche de création.

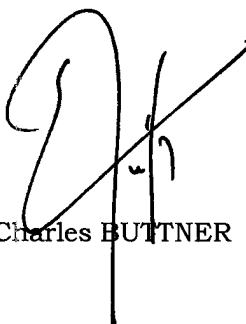
Le groupe de travail était composé de représentants institutionnels, d'établissements gestionnaires et partenaires :

- Conseil Général du Haut-Rhin,
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales,
- Caisse Régionale d'Assurance Maladie,
- des directeurs d'Etablissements Hospitaliers pour Personnes Agées,
- des responsables d'Accueil de Jour,
- des représentants des médecins libéraux et hospitaliers et des CLIC Alzheimer de Saint-Louis et Altkirch,
- de l'ADAUHR.

Ce groupe de travail s'est réuni à cinq reprises afin d'élaborer les deux cahiers des charges qui sont soumis à votre validation.

Ceux-ci ont par ailleurs fait l'objet d'une présentation dans le cadre du Comité de Suivi du Schéma Gérontologique le 15 janvier dernier.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.



Charles BUTTNER

# **CAHIER DES CHARGES**

## **ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER**

**Janvier 2007**

*Annexé à la délibération de la Commission Permanente du Conseil Général du 16 mars 2007*

Ce document a été élaboré par un groupe de travail (composition en annexe 1) constitué à l'initiative du Conseil Général et de la DDASS dans le cadre du schéma gérontologique 2006-2011.

Il a pour objectif d'accompagner les promoteurs dans leur démarche de création d'un accueil de jour pour personnes âgées.

Le service Prévention de la Dépendance du Conseil Général est à la disposition des promoteurs pour tout renseignement complémentaire :

Service Prévention de la Dépendance  
Hôtel du Département  
100 avenue d'Alsace  
BP 20351  
68006 COLMAR Cédex  
Tél. : 03 89 30 68 72  
Fax : 03 89 21 72 98  
Courriel : [prevention.dependance@cg68.fr](mailto:prevention.dependance@cg68.fr)

Le service de la Tarification des Etablissements Sociaux est à la disposition des promoteurs pour toutes questions relatives aux financements :

Service Tarification des Etablissements Sociaux  
Hôtel du Département  
100 avenue d'Alsace  
BP 20351  
68006 COLMAR Cédex  
Tél. : 03 89 30 68 40  
Fax : 03 89 21 72 81  
Courriel : [tarif.etab@cg68.fr](mailto:tarif.etab@cg68.fr)

Nous invitons les porteurs de projets à prendre contact avec le service Prévention de la Dépendance le plus en amont possible.

# Sommaire

**1. Définition et objectifs**

**2. Population accueillie**

**3. Principes de fonctionnement**

**4. Cadre architectural**

**5. Moyens humains**

**6. Projet d'établissement et projet de soins**

**7. Projet de vie personnalisé**

**8. Évaluation**

## **1. DÉFINITION DE L'ACCUEIL DE JOUR (ADJ)**

L'accueil de jour est un lieu d'accompagnement médico-social, assuré par du personnel formé, pour les personnes âgées vivant à domicile, atteintes de démence de type Alzheimer dont l'état de santé est stabilisé et en n'omettant pas les familles. Dans ce sens, il participe au maintien à domicile de la personne âgée. L'ADJ peut être une structure autonome ou rattachée à un EHPAD ou à un SSIAD.

L'ADJ a pour mission, sur la base de projets individualisés :

- De rompre l'isolement et de restaurer le lien social,
- De favoriser le maintien à domicile de personnes atteintes de cette pathologie en soulageant les aidants,
- De préserver, maintenir ou restaurer l'autonomie de la personne âgée, en tenant compte de sa maladie,
- De contribuer au mieux-être des personnes malades et de maintenir leurs capacités praxiques, cognitives et relationnelles.

Il dispense des soins d'accompagnement et ne se substitue pas à l'hôpital de jour, il occupe une place à part entière dans la filière de prise en charge des patients atteints de démence Alzheimer et troubles apparentés (DTA), entre l'institution et le domicile, entre la filière de soins et le réseau médico-social, entre le besoin du malade et l'entourage.

Les aidants familiaux des personnes sont souvent réticents à confier leur proche à des tiers, un sentiment de culpabilité peut apparaître. L'installation d'un climat de confiance est primordiale.

### **1. 2. OBJECTIFS**

#### **→ Pour les personnes accueillies**

##### **• Préserver la vie sociale**

Il a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie, malgré le contexte pathologique. Il vise à aider le malade dans ses difficultés comportementales, relationnelles et ses aptitudes pratiques. A ce titre, il a valeur de soutien. Il doit proposer des rencontres, échanges et activités adaptées permettant à chacun de rompre l'isolement et de restaurer le lien social.

##### **• Bénéficier d'une prise en charge des soins de base compatibles avec une vie de groupe**

L'ADJ se différencie d'un centre de consultation mémoire ou d'un hôpital de jour où les missions médicales sont au cœur de la prise en charge : évaluation psychomotrice, diagnostic étiologique, psychothérapique, adaptation du traitement... .

Cette structure n'a pas vocation à s'impliquer dans des investigations de ce genre qui nécessitent une capacité d'expertise.

L'ADJ, par des soins d'accompagnement, vise à maintenir l'autonomie en s'appuyant sur l'entretien des capacités restantes par des activités à visée socio-thérapeutique et une vie relationnelle riche. Il participe également à une mission d'alerte, en veillant à la bonne prise en charge de la personne âgée à domicile en se coordonnant avec la filière médico-sociale et les professionnels intervenant à domicile, ainsi qu'avec les familles.

##### **• Préparer une éventuelle entrée en institution**

#### **→ Pour les familles**

##### **• Repos**

L'accueil de jour apporte un moment de répit en prenant le malade en charge.

#### • Soutien psychologique

L'accueil de jour est un lieu d'écoute, d'échanges, de conseils et d'accompagnement des familles. Il peut être un lieu de rencontre des aidants familiaux afin que ceux-ci échangent leurs expériences. Ces rencontres peuvent être animées par une psychologue sous la forme de groupe de parole. L'ADJ peut notamment aider dans le choix du maintien à domicile de la personne âgée ou de l'accueil en institution et ainsi préparer une éventuelle institutionnalisation.

## **2. POPULATION ACCUEILLIE**

Les critères d'admission doivent être clairement définis et permettre une gestion optimale et transparente des listes d'attente.

#### • Critères médicaux

L'ADJ est proposé aux malades désorientés, atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentées. Il s'adresse si possible à des personnes ayant conservé un minimum de verbalisation et de compréhension, un rapport à la réalité, à la marche, des capacités de manipulation même partielles, des besoins de contact et des capacités relationnelles à mobiliser. Mais dans le cadre du soulagement des familles des personnes en perte d'autonomie plus importante peuvent également être accueillies.

Une évaluation gériatrique préalable à l'admission est indispensable. Elle aura lieu avant l'admission ou si cela n'a pas été possible dans les premières semaines de la prise en charge. L'avis du médecin traitant peut être complété le cas échéant par un autre médecin :

- Gériatre d'un hôpital de jour, d'une équipe mobile, d'une consultation mémoire, d'un service hospitalier,
- Psychiatre,
- Neurologue.

#### • Critères d'âge

Une dérogation est nécessaire pour les personnes de moins de 60 ans. Elle est délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

#### • Éloignement géographique

La personne peut venir de toute destination géographique, cependant il paraît adapté d'accepter en priorité des personnes pour lesquelles le transport se fait dans un délai préconisé maximum de 30 minutes. Au-delà, la fatigue induite par les transports est à mettre en balance avec le bénéfice de la prise en charge en ADJ.

La couverture géographique actuelle des ADJ ne permet pas de prendre ce critère en compte dans tous les cas, mais à terme le nombre et la répartition des ADJ permettront de le respecter.

## **3. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT**

L'ADJ pour personnes atteintes de DTA ne peut se concevoir que dans un cadre spécifique de prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

L'accueil des personnes souffrant d'autres pathologies, de fragilité et/ou d'isolement devra se faire sur des journées spécifiques.

### **3.1 Capacités**

Les structures d'accueil doivent dans la mesure du possible disposer d'une capacité de 8 à 12 places maximum par unité (art. D 312-9 CASF).

Dans les zones à faible densité géographique, il peut être envisagé de créer un nombre plus réduit de places annexées à un EHPAD qui dispose d'une unité Alzheimer. L'ADJ devra cependant fonctionner avec du personnel dédié et des locaux adaptés et clairement identifiés, avec un projet de service spécifique, un minimum de 5 places semble nécessaire. Les personnels administratifs et techniques seront mutualisés dans le cadre d'un adossement à un EHPAD.

### **3.2 Modalités d'Accueil**

Les modalités d'ouverture doivent être mises en lien avec les besoins des familles. Amplitude horaire 9h-17h, ces horaires pourront être modulés en fonction des demandes et des possibilités du service.

La fréquence optimale de l'accueil est de 1 à 3 fois par semaine. La prise en charge plus de 3 fois par semaine doit rester exceptionnelle. Moins d'une fois par semaine, la personne peine à trouver ses repères au sein de la structure.

Préalablement à l'admission :

- Présentation de l'accueil de jour et information sur son fonctionnement, remise du livret d'accueil,
- Entretien avec les personnes et leur famille pour recenser leurs besoins et attentes,
- Constitution d'un dossier centralisant les premières informations recueillies,
- Proposition de contrat de séjour précisant les obligations réciproques.

Une période d'adaptation de plusieurs journées est préférable avant signature du contrat d'accueil. Cette période permet d'évaluer les possibilités d'adaptation au groupe.

Durant cette période les éléments nécessaires à la définition du projet de vie personnalisé seront recueillis (évaluation gériatrique, profil de la personne, habitudes de vie, contexte familial...). Le personnel sera attentif durant cette période à être à l'écoute de la personne mais également de sa famille, à rassurer la personne et à permettre la meilleure intégration possible au groupe.

### **3.3 Intégration à un réseau**

L'ADJ devra travailler en collaboration étroite avec une consultation mémoire et/ou un hôpital de jour, afin que chaque bénéficiaire de l'ADJ puisse faire l'objet d'un diagnostic et d'un suivi.

L'ADJ doit s'intégrer dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne en concertation avec l'ensemble des professionnels (infirmière, assistante sociale des pôles gériatologiques, aide à domicile, CLIC Alzheimer les cas échéant, SSIAD...) et des aidants familiaux.

L'accompagnement social est primordial afin de garantir au mieux le maintien à domicile de la personne âgée.

L'avis du médecin traitant est souhaitable au moment de l'admission.

Des rencontres entre les différents professionnels intervenant autour de la personne âgée sont à organiser dès que l'évolution de la personne âgée le nécessite.



### **3.4 Contrat de séjour ou document individuel de prise en charge**

Modèle de contrat type à adapter en fonction de la structure.

Il devra prendre en compte les éléments suivants :

- Périodicité de l'accueil,
- Conditions financières,
- Limites de prise en charge,
- Acceptation d'intégration à un système d'informations coordonnées (réseau gérontologique...),
- Acceptation du règlement de fonctionnement,
- La personne âgée fournit les changes nécessaires ainsi qu'une tenue de rechange,
- Les modalités de transport prévues.

### **3.5 Modalités de transport**

L'absence de transport organisé se révèle un obstacle notoire à la fréquentation de l'ADJ. Différentes solutions de transports doivent être envisagées :

- Transport par les familles, par l'aide à domicile,
- Transport en commun adapté (Domibus, Taxi pour les aînés, GIHP...),
- VSL ou taxi, non pris en charge par la Sécurité Sociale,
- Transport organisé par l'ADJ avec chauffeur et accompagnateur,
- Possibilité de prise en charge dans le plan d'aide APA dans la limite des crédits disponibles et selon la hiérarchisation des besoins.

### **3.6 Financement**

Il s'inscrit donc dans une triple prise en charge : Assurance Maladie, Conseil Général et usager.

Ce financement est susceptible d'évoluer dans le temps. La structure, bénéficiant de fonds publics, se conforme à la réglementation en vigueur notamment en matière de transmission du budget prévisionnel et de compte de résultat aux autorités de tarification.

#### **3.6.1 Les ADJ autonomes**

Le budget est traité selon les articles D313-16 à D313-24 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui répartit les frais de personnel entre les charges dépendance et soins.

- Soins : IDE 100%, 70% des AS et AMP. les dépenses sont couvertes par un forfait annuel global de soins calculé en multipliant le montant du forfait journalier de soins par un nombre prévisionnel de journées au plus égal à 300 fois la capacité autorisée, le forfait journalier de soins étant par ailleurs plafonné à 23,28€ par arrêté du 22 décembre 2005
- Dépendance : 30% des AS, 100% des auxiliaires de vie ou animatrice, 100% des psychologues, financement par dotation globale par le Conseil Général à l'appui d'une convention spécifique, la fréquentation de l'ADJ n'est plus valorisée dans les plans d'aide APA domicile,
- Hébergement : repas, autres frais de personnel (secrétariat, ménage...) et de fonctionnement (loyer et charges afférentes au lieu d'accueil...) sont à la charge de la personne âgée.

Le coût à la charge de l'usager doit tendre vers le forfait hospitalier, la référence 2007 est de 17€ (HT pour les services soumis à TVA).

L'ADJ peut rechercher des sources de financements auprès des communes ou communautés de communes, Fondation, par exemple mise à disposition gratuite d'un local, achat d'un véhicule, de mobilier ou de matériel.

### **3.6.2 Les ADJ rattachés à une structure existante (annexés)**

L'ADJ dispose d'un budget annexe si la capacité est au moins de 10 places, en dessous de 10, le budget de l'ADJ est intégré à celui de l'EHPAD.

➤ Pour les ADJ annexés dont la capacité est supérieure ou égale à 10 places :

- Soins : prise en charge des dépenses par une dotation dont le montant correspond au forfait global de soins prévu pour les ADJ autonomes,
- Dépendance : dotation globale pour l'ensemble des charges nettes de la section dépendance.
- Hébergement : les charges sont identifiées en tenant compte du tarif de référence de 17€ (valeur 2007).

➤ Pour les ADJ dont la capacité est inférieure à 10 places :

Les dépenses relatives aux soins sont prises en charge par une dotation dont le montant correspond au forfait annuel global de soins prévu pour les ADJ autonomes.

S'agissant de la dépendance et de l'hébergement, l'utilisateur dépendant peut être aidé par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile, dans la limite maximale de 39€/jour et des crédits disponibles dans le plan d'aide. La partie à la charge de la personne varie selon les tarifs en vigueur au sein des structures.

## **4. PROJET ARCHITECTURAL**

Le projet architectural doit découler du projet d'accompagnement de la structure.

Une implantation avec un accès facile doit être privilégiée, dans un secteur riche en animations et proche du domicile des personnes accueillies.

Un espace extérieur aménagé est préconisé (jardin d'activité, terrasse...).

La conception générale doit concilier le besoin de sécurité et la nécessité de se rapprocher le plus possible de l'habitat ordinaire.

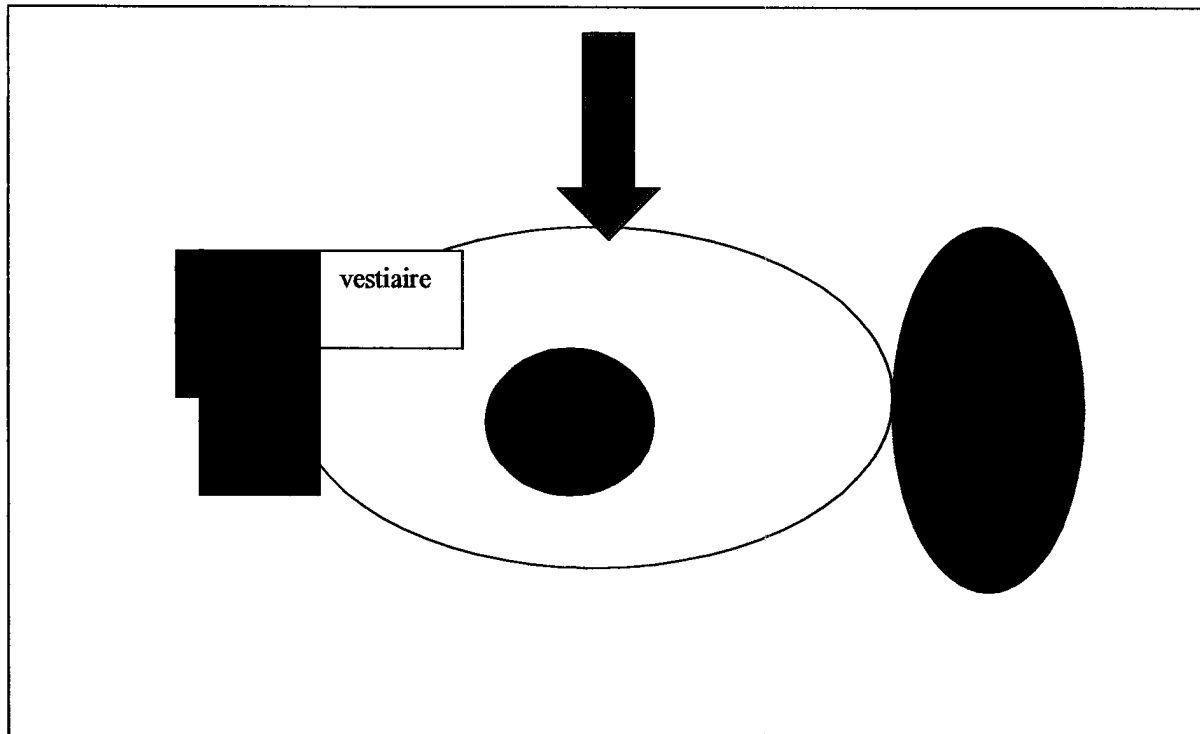
Pour faciliter la circulation le plain-pied est recommandé, l'accessibilité aux personnes handicapées doit être prévue. La modularité des locaux est à privilégier afin d'adapter la structure à l'évolution des besoins. Afin de faciliter la surveillance, le personnel doit avoir une vue d'ensemble sur la structure.

L'ADJ devra dans la mesure du possible se concevoir comme une vaste salle d'une superficie adaptée à la capacité, dans laquelle différents espaces seront plus ou moins individualisés. La surface conseillée est de l'ordre de 150 à 200m<sup>2</sup> pour 10 à 12 personnes accueillies.

- Des espaces dédiés aux activités avec des rangements pour le matériel,
- Un espace tisanerie ouvert sur la salle,
- Un espace salle à manger,
- Pour les ADJ autonomes un office afin de réceptionner les repas, une convention avec un établissement ou un prestataire de service est souhaitable afin de prévoir des repas adaptés,
- Une salle de bain adaptée pour les soins d'hygiène,
- Des sanitaires en nombre suffisant et adaptés aux personnes à mobilité réduite,
- Un espace de repos pour les personnes accueillies avec des fauteuils de repos en nombre suffisant,
- Une pièce avec un lit peut également être prévue,

- Un bureau pour le personnel et l'accueil des familles, celui-ci doit à la fois permettre la confidentialité et permettre la vision sur le lieu de vie,
- Un espace vestiaire proche de l'entrée pour l'accueil des personnes âgées,
- Des sanitaires et un vestiaire pour le personnel principalement pour les ADJ autonomes,
- La déambulation doit être possible.

L'ADJ peut également se concevoir selon un modèle de maison individuelle avec les différentes pièces de vie.



#### 4.1 Aménagement

La conception doit permettre aux malades valides hyperactifs de déambuler et d'agir en général sans contrainte tout en assurant leur sécurité. Celle-ci doit être assurée par :

- Des moyens passifs, c'est-à-dire des aménagements adaptés qui préviennent les risques :
  - Proscrire les angles vifs et les obstacles,
  - Revêtements non glissants,
  - Contrôle des accès par une commande à code respectant la sécurité incendie,
  - Garde-corps non franchissable (oblique vers l'intérieur par exemple),
  - Limitation d'ouverture des fenêtres... .
- Des moyens actifs, c'est-à-dire une possibilité de surveillance aisée pour le personnel
  - Position de la salle de soin et ouverture vitrée permettant une vision globale,
  - Absence du cul de sacs.
  - Sécurisation des issues extérieures par digicode ou autre moyen de contrôle.

Il est nécessaire de créer une ambiance calme et rassurante, de donner des repères et de prévenir les risques.

Le traitement de la lumière, de la couleur, le choix des équipements en matière d'ergonomie concourt au mieux être des personnes.

L'éclairage naturel est à privilégier.

Il convient d'éviter tout ce qui peut être ressenti comme agressif et d'utiliser à bon escient tout ce qui est sombre, les malades valides actifs fuyant naturellement ce qui est sombre.  
Le confort acoustique est primordial.  
Le rafraîchissement d'au moins une pièce est indispensable.  
La diversité des lieux et des ambiances favorise le repérage pour les malades.  
La signalétique doit être simple, basée sur des images aisément identifiables.

## **5. MOYENS HUMAINS**

La structure doit disposer de personnel capable, dans l'accompagnement et les soins à prodiguer aux personnes atteintes de démence, de s'adapter aux différentes situations individuelles, tant celles liées à l'évolution de l'état d'une personne, qu'aux modifications fréquentes de la constitution du groupe accueilli.

L'effectif permanent affecté directement à la prise en charge pourrait être de 1 ETP pour 4 personnes accueillies.

Outre le personnel permanent, il est intéressant de faire appel à des compétences variées et pluridisciplinaires pour enrichir la palette des activités proposées. Leur intervention doit s'inscrire dans le projet d'établissement.

Du temps de psychologue est à prévoir également.

Les bénévoles peuvent en complémentarité des professionnels être un atout dans l'accompagnement des personnes accueillies, ces personnes seront également sensibilisées à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Dans un ADJ, le rôle et les missions des professionnels consistent à :

- Elaborer un projet individuel,
- Stimuler les fonctions cognitives au travers des activités quotidiennes,
- Savoir communiquer avec les personnes désorientées, y compris au travers de techniques de communication non verbales,
- Maintenir, voire restaurer la capacité d'effectuer seul les actes essentiels de la vie,
- Privilégier les activités réalisables à partir des capacités restantes,
- Préserver ou rétablir les contacts sociaux de la personne,
- Fournir des conseils aux familles tant sur les aides techniques que sur les prestations auxquelles elles auraient droit ou les orienter vers le service compétent,
- Détecter des troubles de l'alimentation et de la nutrition et les signaler au médecin traitant.

## **6. PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET PROJET DE SOINS**

### **→ En direction des personnes accueillies**

Le projet de vie doit s'inscrire dans le cadre de journées rythmées par des ateliers permettant de donner un sens à la journée et des repères aux malades.

Il devra être évalué et réactualisé régulièrement.

Il est préconisé de le décliner autour des axes suivants :

• **Maintien (au mieux) des acquis** en incitant les personnes à participer, par petits groupes ou individuellement à des activités de la vie quotidienne, des activités de stimulation amnésiques favorisant l'usage du mot et incitant à la conversation et à l'entretien des capacités physiques.

Ces activités doivent avoir comme vecteur commun la stimulation des sens : toucher, odorat, goût, vue, ouïe.

Il est important de privilégier l'aménagement de jardins, la présence d'animaux de compagnie ainsi qu'un environnement sonore apaisant.

- **Préservation de la vie sociale**, en mettant l'accent sur l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes au travers de l'habillement, la coiffure, en privilégiant la vie et les activités en groupe, en organisant des sorties, en accueillant des intervenants extérieurs.

- **Renforcement de l'identité et de l'estime de soi**, en individualisant les ateliers en fonction des capacités, de la personnalité, des intérêts et des goûts de chacun. Le personnel doit être attentif à ne jamais proposer une activité qui risque de mettre le résidant en situation de souffrance ou d'échec. Le personnel doit porter de l'attention par la présence, l'écoute et en s'intéressant aux préoccupations et angoisses des personnes.

- **Surveillance de l'état du résidant**, afin de pouvoir signaler au médecin traitant tout changement de l'état de la personne, une surveillance de l'état physique et psychique devra être assurée.

- **Projet d'animation**

→ **En direction des familles, en lien avec les pôles et/ou les CLIC, l'ADJ peut :**

- Accompagner et soutenir les familles : les sécuriser par l'écoute et les échanges, les déculpabiliser par des entretiens individuels ou collectifs,
- Les informer sur les aides existantes, les guider et les orienter et dédramatiser une éventuelle entrée en institution d'hébergement si cela s'avère nécessaire,
- Expliquer les critères de non maintien dans la structure à la famille dès l'admission,
- Les soulager : accueillir la personne âgée afin de leur permettre de bénéficier d'un moment de liberté en toute sécurité et contribuer au bien-être de cette personne,
- Rompre leur isolement,
- Les tenir au courant du déroulement de la journée.

→ **En direction du médecin traitant et des réseaux gériatriques**

Un échange régulier d'informations doit être mis en place.

→ **En direction des bénévoles**

La place des bénévoles doit être clairement définie. Il est souhaitable qu'une convention de collaboration entre chaque personne bénévole et l'ADJ soit établie afin de déterminer clairement les droits et les devoirs de chacun des partenaires. Il est également nécessaire de leur apporter un niveau de connaissance suffisant pour intervenir auprès de ce type de personnes. Un soutien continu de leur pratique est assuré par le personnel d'encadrement.

## **7. PROJET DE VIE PERSONNALISÉ**

Le projet d'établissement décliné précédemment est adapté à chaque personne démente en fonction de ses attentes et de ses possibilités. La prise en charge doit reposer sur un projet de vie personnalisé en s'appuyant sur des règles essentielles :

- Eviter de penser à la place de la personne mais porter crédit à sa parole, ne pas faire à la place mais avec,

- Mettre l'accent sur le respect des désirs des personnes et sur un mode de vie simple proche de leur vécu et de leurs habitudes.

L'élaboration de ce projet individuel se fait avec les parties prenantes, fixant les objectifs en fonction des potentialités et des attentes réciproques. Il sera revu périodiquement au cours de la prise en charge en fonction de l'évolution, en tout état de cause au minimum une fois par an.

## **8. ÉVALUATION**

Une évaluation annuelle de l'activité des services d'accueil de jour est à prévoir sur la base d'un outil commun.

Les objectifs de l'évaluation visent à la fois à :

- Acquérir une connaissance quantitative et qualitative du dispositif au niveau départemental,
- Mieux cerner la nature et l'évolution des besoins des usagers par rapport à ce type d'offre.

Un rapport d'activité annuel sera construit reprenant les rubriques suivantes :

- L'activité générale du service,
- Le profil des usagers,
- L'organisation du service,
- Le réseau partenarial.

L'impact positif de l'ADJ sur le soutien à domicile d'une personne pourra également être mis en évidence par le constat de la continuité de sa vie à domicile sans recours à un hébergement ou du moins de façon plus tardive et mieux préparée, voire acceptée tant par la personne âgée que par les aidants.

## **ANNEXE 1 : Composition du groupe de travail**

**Chef de Projet : Docteur Isabelle MAGNIEN, Médecin - Conseil Général 68**

### **Groupe d'experts :**

**Docteur Agnès ANFOSSI, Hôpital Saint-Morand – Altkirch**  
**Madame Geneviève BAUD, Responsable ADJ – APA68**  
**Docteur Odile BLANCHARD, Médecin Conseil – DRSM Alsace Moselle**  
**Madame Sophie DINTINGER, Sous-Directrice Adjointe PA-PH – CG68**  
**Madame Anne DUCOURTHIAL, Infirmière Coordinatrice – ADJ Hirsingue**  
**Madame Catherine GRENTZINGER, Chargée de Mission – OHRAS CG68**  
**Monsieur Maxime HERRGOTT, Directeur Adjoint – Solidarité CG68**  
**Docteur Jacques HILD, Médecin gériatre Chef de Service – CPA Colmar**  
**Monsieur Robert KOHLER, Directeur – MR Kunheim**  
**Docteur Michel LEVEQUE, Médecin généraliste – URMLA**  
**Madame Catherine MARTINEZ, Chargée de Mission – SPD CG68**  
**Madame Suzanne WEISS, Chargée de Mission – SPD CG68**  
**Monsieur Sébastien MINABERRIGARAY, Inspecteur – DDASS 68**  
**Docteur Pascal MORITZ, ADJ Kembs**  
**Docteur Bertrand NIEDERBERGER, Médecin gériatre – Clinique du Diaconat Colmar**  
**Docteur Christine PILLAY, Médecin Inspecteur – DDASS 68**  
**Monsieur Jean RAPP – ADAUHR Colmar**  
**Madame Nadine RAUSCHER – Chargée d'Etude – OHRAS CG68**  
**Docteur Marcel RUETSCH – URMLA**  
**Madame Sandrine SAINT-HUBERT, Inspecteur – DDASS 68**  
**Madame Eliane TONDEUR, CRAM Alsace-Moselle**

**CAHIER DES CHARGES**

**UNITÉ DE VIE PROTÉGÉE**

**ALZHEIMER**

**Janvier 2007**

*Annexé à la délibération de la Commission Permanente du Conseil Général du 16 mars 2007*



Ce document a été élaboré par un groupe de travail (composition en annexe 1) constitué à l'initiative du Conseil Général et de la DDASS dans le cadre du schéma gérontologique 2006-2011.

Il a pour objectif d'accompagner les promoteurs dans leur démarche de création d'une unité prenant en charge des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Le service Prévention de la Dépendance du Conseil Général est à la disposition des promoteurs pour tout renseignement complémentaire :

Service Prévention de la Dépendance  
Hôtel du Département  
100 avenue d'Alsace  
BP 20351  
68006 COLMAR Cédex  
Tél. : 03 89 30 68 72  
Fax : 03 89 21 72 98  
Courriel : [prevention.dependance@cg68.fr](mailto:prevention.dependance@cg68.fr)

Nous invitons les porteurs de projets à prendre contact avec le service Prévention de la Dépendance le plus en amont possible.

# **Sommaire**

**1. Définition et objectifs**

**2. Population accueillie**

**3. Principes de fonctionnement**

**4. Cadre architectural**

**5. Moyens humains**

**6. Projet d'établissement et projet de soins**

**7. Évaluation**

## **Préambule**

Si le visage de la maladie a sensiblement changé depuis 100 ans parce que nos connaissances ont évolué, la détresse des malades reste la même, et les modalités expressives de cette souffrance peuvent se dévoiler au fil de leur discours ou au travers de certains troubles du comportement.

Les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Les difficultés de cohabitation entre les populations démentes, déambulantes et présentant des troubles du comportement et celles qui n'en présentent pas, nécessitent de réfléchir à la création d'unités spécialisées.

La prise en charge de ces patients au sein de ces structures nécessite un projet de vie et un projet de soin adaptés aux particularités de cette maladie.

La démence est une maladie de la communication et de l'adaptation, nécessitant de ce fait que l'institution s'organise et s'adapte aux résidents, afin notamment de renforcer les potentialités qui leur restent.

## **1. DÉFINITION ET OBJECTIFS**

L'unité Alzheimer ou Unité de Vie Protégée héberge des personnes désorientées, démentes, déambulantes, qui ont besoin de vivre librement dans un milieu protégé. Ce lieu est couplé à un mode de vie qui cherche à « traiter » la démence en s'attelant à la prévention du handicap, en utilisant les forces résiduelles du patient et en s'intéressant à la gestion des troubles du comportement et à la recherche de leurs origines.

Cinq critères nécessaires à l'appellation « Unité Alzheimer » font l'objet d'un consensus international (Institut National du Vieillessement) :

- Un diagnostic de démence établi,
- Un environnement architectural adapté,
- Un personnel formé et expérimenté dans ce type de prise en charge,
- Une implication des familles,
- Un projet de soins individualisé doit être proposé.

Le projet de vie de l'unité doit être centré sur les besoins des personnes accueillies, il doit concilier un nécessaire désir de sécurité et le respect des droits et libertés des personnes âgées. La limitation des libertés doit tenir compte de la situation de la personne en s'attachant à apporter une réponse adaptée à sa vulnérabilité éventuelle. Le confinement et l'absence de formation des personnels sont les 2 principales causes de maltraitance dans les établissements.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être codifiées dans le règlement intérieur.

## **2. POPULATION ACCUEILLIE**

- Critères médicaux d'admission :

Une évaluation gériatrique préalable à l'admission est indispensable. L'avis du médecin traitant sera complété, par un médecin :

- Gériatre, d'un hôpital de jour, d'une consultation mémoire ou d'un service hospitalier,
- Psychiatre,
- Neurologue.

- L'unité Alzheimer s'adresse en priorité aux personnes déambulantes, désorientées et présentant des troubles du comportement,
- Dérogation d'âge pour les moins de 60 ans,
- Durée et condition de la prise en charge :

L'unité Alzheimer étant centrée sur le mouvement, les personnes devenues grabataires et qui ne présentent plus de troubles du comportement mais nécessitant des soins de nursing importants seront dans la mesure du possible orientées vers une autre unité de prise en charge au sein du même établissement qui prendra en charge l'accompagnement en fin de vie. L'information est donnée aux familles à l'entrée dans l'établissement.

La décision d'admission en unité Alzheimer est prise en équipe pluridisciplinaire, comprenant au minimum : le médecin coordonnateur, le directeur, le psychologue.

### **3. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT**

#### **3.1 Capacités**

L'unité de base comprend 12 à 15 lits, dans le cas d'une structure entièrement dédiée, plusieurs unités seront créées avec éventuellement des locaux communs pour les soins. Chaque unité devra disposer d'un espace de déambulation suffisant.

Une partie des lits peut être réservée à l'hébergement temporaire (1 lit ou 2). Cet hébergement temporaire s'adresse à des personnes stabilisées n'ayant pas besoin d'un bilan particulier.

#### **3.2 Modalités d'Accueil**

Le consentement au placement doit être recherché, mais le plus souvent il n'est pas obtenu en raison des troubles cognitifs sévères qui altèrent les capacités de compréhension et de jugement de la personne. C'est donc la famille, ou le représentant légal qui, le plus souvent fait la demande d'institutionnalisation

Dans la mesure du possible, il est préférable que cette entrée en institution soit réfléchie et décidée en dehors d'une situation de crise. L'accueil de jour et l'hébergement temporaire peuvent permettre une meilleure adaptation, en familiarisant le patient à cette institution.

L'intervention des aidants familiaux durant cette période d'accueil est primordiale. L'intervention d'un psychologue au moment de l'entrée peut s'avérer utile. Il est nécessaire que l'institution essaie de s'adapter au nouveau résident et à ses spécificités.

Chaque membre du personnel doit être conscient des difficultés d'adaptation et consacre au nouveau résident, une attention et des soins particuliers. L'EHPAD qui souhaite créer une unité Alzheimer, s'engage à garder au sein de son établissement les personnes qui sortent de l'unité dans la mesure du possible.

#### **3.3 Participation des familles**

Il est indispensable d'apporter aux familles l'information nécessaire et le soutien dont ils ont besoin. La participation des familles à la vie de l'institution et à la prise en charge des personnes est à privilégier.

Des rapports harmonieux entre la famille et l'institution nécessitent que celle-ci s'engage à bien comprendre le fonctionnement familial. Le fonctionnement de l'institution doit être clairement expliqué aux familles.

L'entretien d'un dialogue, d'une confiance entre l'équipe et la famille contribue à déculpabiliser par rapport au placement. La participation des familles ne doit pas être contradictoire avec le projet d'établissement, dans le respect de chacun.

### **3.4 Contrat de séjour**

Le contrat de séjour est identique à celui d'un EHPAD avec des articles spécifiques concernant les critères de maintien dans l'unité et la participation des familles.

### **3.5 Intégration à une filière gériatrique**

L'unité Alzheimer doit faire partie d'une filière de prise en charge autant en amont (diagnostic préalable) qu'en aval (devenir des déments devenus grabataires).

### **3.6 Financement**

Les subventions d'investissement susceptibles d'être allouées sont celles qui ressortent des dispositifs habituels de financement de créations ou de restructurations d'EHPAD.

Au niveau du fonctionnement :

- Section Soins : les modalités de financement des lits d'unité Alzheimer sont celles qui s'appliquent aux autres lits d'EHPAD et qui prennent en compte d'une part le niveau de dépendance des résidents, d'autre part les soins requis par leurs pathologies.
- Section Dépendance : comme pour un EHPAD classique, par dotation globale par 1/12.
- Section Hébergement : idem EHPAD classique.

## **4. ARCHITECTURE ADAPTÉE**

### **4.1 Objectifs généraux**

Tout en s'inscrivant dans le cadre des principes généraux, normes et recommandations de l'abécédaire départemental et des normes architecturales propres aux établissements accueillants du public, l'architecture répondra aux besoins spécifiques des utilisateurs.

↳ **Pour les patients** : éviter la dépersonnalisation liée au modèle hospitalier, favoriser le repérage temporo-spatial, permettre la déambulation et les activités en toute sécurité. L'enjeu étant de réduire l'usage des contentions tant physique que chimique et de prévenir la maltraitance.

↳ **Pour le personnel** : optimiser la charge de travail, recentrer les tâches sur l'accompagnement direct des résidents, personnaliser les soins, valoriser le travail accompli.

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

Les objectifs à atteindre sont au nombre de 6 :

- Assurer la sécurité,
- Prévenir et gérer les troubles du comportement,
- Réduire les dépendances induites par le milieu en adaptant le lieu de vie,
- Créer un environnement modulable en tenant compte des déficits perceptifs des résidents, créer une intimité,
- Favoriser l'action des personnels,
- Augmenter la qualité de vie.

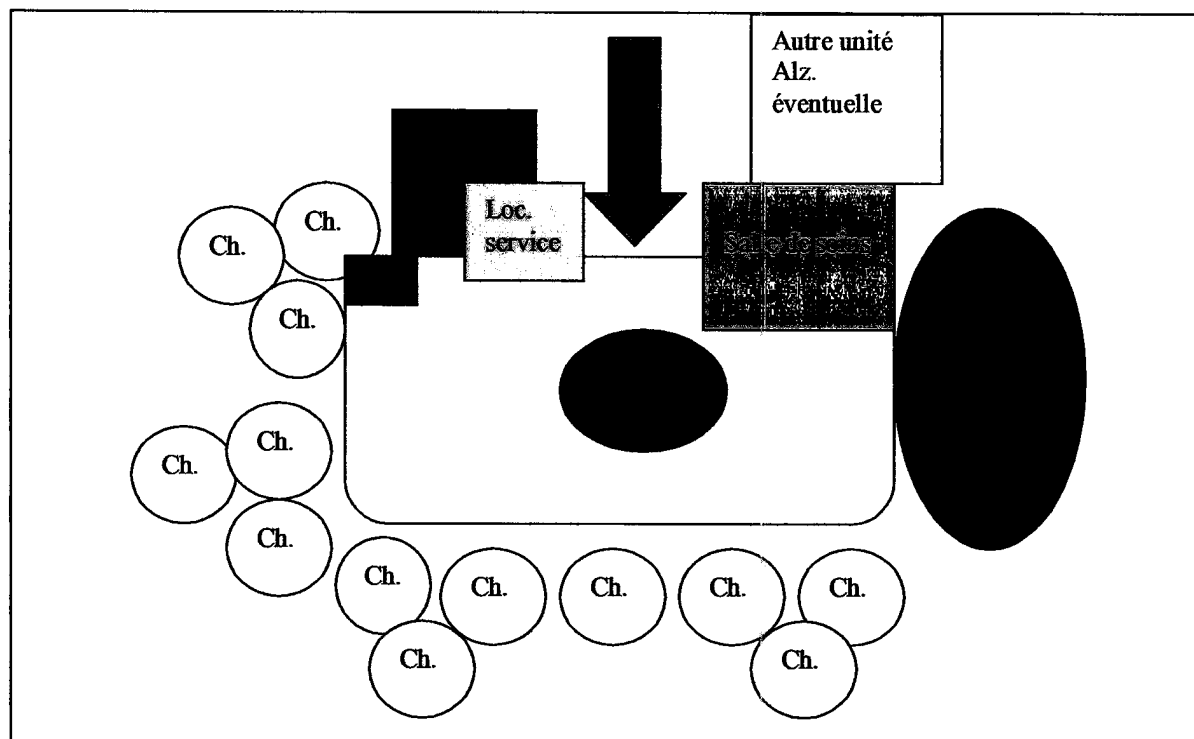
#### 4.2 Implantation : dans le cadre d'une création

- L'accessibilité doit être facilitée : transports en communs, parking...,
- La localisation au cœur de la cité doit être privilégiée, à proximité des lieux de rencontres, des commerces, des écoles,
- De préférence de plain-pied,
- Un jardin clos ou une terrasse doivent être prévus.

#### 4.3 Conception générale

L'unité Alzheimer est centrée sur un espace de vie communautaire : le lieu de vie. Celui-ci intègre un espace ou atelier cuisine, lieu majeur d'activités.

Ce lieu de vie donne directement sur un espace extérieur, jardin clos ou terrasse, les chambres sont localisées dans l'environnement immédiat afin d'en assurer la surveillance.



La conception des unités Alzheimer doit éviter de créer des circulations en culs de sac qui ne conviennent pas à la déambulation. L'idéal est de concevoir des circulations en boucle, suffisamment vastes. Il convient également de favoriser l'éclairage naturel, la lumière fonctionnant comme un stimulus attractif.

La conception doit permettre aux malades valides hyperactifs de déambuler et d'agir en général sans contraintes tout en assurant leur sécurité. Celle-ci doit être assurée par :

- Des moyens passifs, c'est-à-dire des aménagements adaptés qui préviennent les risques :
  - Proscrire les angles vifs et les obstacles,
  - Revêtements non glissants,
  - Contrôle des accès par une commande à code respectant la sécurité incendie,
  - Garde-corps non franchissable (oblique vers l'intérieur par exemple),
  - Limitation d'ouverture des fenêtres... .
- Des moyens actifs, c'est-à-dire une possibilité de surveillance aisée pour le personnel
  - Position de la salle de soin et ouverture vitrée permettant une vision globale,
  - Absence du cul de sacs.
  - Sécurisation des issues extérieures par digicode ou autre moyen de contrôle.

#### Unité Alzheimer sur 2 niveaux

La création d'unité Alzheimer au sein d'un EHPAD déjà existant, par restructuration, mais également en raison de la configuration du terrain, ne permet pas toujours la conception de plain-pied.

Les chambres ne pourront pas toujours se situer au même niveau que le lieu de vie. Dans ce cas, les personnes ne pourront avoir accès à leur chambre durant la journée. Il faudra donc prévoir des espaces de repos au niveau du lieu de vie.

Afin de ne pas cloisonner totalement l'espace jour et l'espace nuit, la conception en mezzanine surplombant les espaces collectifs est possible mais, elle comporte des contraintes au niveau de la sécurité incendie. Un ascenseur propre à l'unité et partiellement vitré est un plus. Le projet de vie de l'unité devra prendre en compte cette conception sur 2 niveaux.

#### EHPAD entièrement dédié Alzheimer

Dans le cadre d'un établissement entièrement dédié à l'accueil de cette population, la conception se fera par la juxtaposition de plusieurs unités ayant chacune ses spécificités (déambulants, grabataires...). Certains locaux comme la salle de soins peuvent être communs à plusieurs unités situées sur le même niveau.

#### **4.3.1 Lieu de Vie**

- La modularité doit être privilégiée,
- L'ensemble des activités courantes de la journée doit pouvoir y être organisé : repas, activités, repos...,
- Il doit être central,
- Des sanitaires sont localisés à proximité immédiate,
- Dimensions recommandées : - environ 60m<sup>2</sup> pour 10 personnes,
  - environ 90m<sup>2</sup> pour 15 personnes (hors circulation),
  - circulation environ 20% de la surface,
- Il doit comporter des espaces différenciés, coin-repas, coin salon, ce marquage des différents espaces peut se faire par des changements de couleurs, des claustras. Il faut cependant garder une vision globale du lieu,

- Le traitement du lieu de vie doit offrir une excellente convivialité (couleurs, revêtements, luminosité, acoustique, rafraîchissement),
- Des rangements intégrés en nombre suffisant doivent être prévus (vaisselle, matériel d'activités),
- Le coin salon sera équipé des fauteuils confortables permettant le repos,
- Si un Accueil de Jour de quelques places (jusqu'à 5) est joint à cette unité, un espace supplémentaire doit être prévu afin d'y organiser des activités spécifiques, ainsi qu'un lieu de repos spécifique.

#### **4.3.2 Espace atelier cuisine**

- Il est directement intégré au lieu de vie,
- Il constitue l'espace autour duquel sont centrées la plupart des activités réalisées avec les malades qu'ils soient actifs ou en fauteuil roulant,
- Il ne s'agit pas d'un espace réservé au personnel (différent de l'office où sont réceptionnés les repas),
- Il doit prendre en compte les problèmes de sécurité mais aussi favoriser la participation des personnes, la puissance des appareils électriques ne doit pas dépasser 20 kwatt,
- Dimension : au moins 15m<sup>2</sup>,
- Il est indispensable de prévoir une porte basse avec système d'ouverture non utilisable pour les résidents afin d'en condamner l'accès en dehors de la présence du personnel.

#### **4.3.3 Espace extérieur**

- Il constitue un prolongement extérieur du lieu de vie. Il permet les repas en plein air, la détente, la promenade, le jardinage...,
- Dimension : pour un jardin prévoir au minimum 60m<sup>2</sup>, pour les terrasses environ 40m<sup>2</sup> le maximum sera défini par la nécessité d'une surveillance aisée,
- Il doit prendre en compte les particularités climatiques (vent, pluie, soleil...),
- Pas de seuil en limitant l'accès,
- Les allées et terrasses doivent être accessibles aux personnes en fauteuil roulants (revêtement),
- Pour la végétation, prévoir des essences demandant peu d'entretien, éviter les plantes toxiques ou avec des piquants,
- Des bacs surélevés pourront permettre aux personnes âgées de jardiner plus facilement.

#### **4.3.4 Optionnel : espace activités**

Certaines activités nécessitent la création de locaux spécifiques répondant à des critères architecturaux particuliers :

- Gymnastique,
- Musicothérapie, thérapie Snoezolen,
- Activités manuelles salissantes.

#### **4.3.5 Chambre**

- Doit correspondre à l'Abécédaire, soit environ 20m<sup>2</sup>,
- Elle constitue pour chaque résident le seul espace de vie privée, dédié à son intimité,
- Elle doit permettre le lien avec le passé de la personne âgée (photos, souvenirs, mobilier personnel),



- Elle doit être sécurisée, fenêtre équipée d'un dispositif de limitation d'ouverture, les organes de chauffage sont protégés,
- Cabinet de toilette adapté comprenant WC, lavabo et douche aménagée.

#### **4.3.6 Salle de bain commune**

- La dimension dépend de l'équipement que l'on souhaite implanter (baignoire à hauteur variable ou chariot douche...),
- Un sanitaire doit être prévu, l'intimité doit être préservée (paravent...),
- Elle doit être aménagée afin d'en faire un lieu convivial et chaleureux et être considéré comme un lieu de relaxation et non exclusivement de soins.

#### **4.3.7 Local de soins**

- Il peut s'agir d'un espace ouvert sur le lieu de vie, des meubles bas marquant la limite et empêchant les malades actifs d'y pénétrer, dans ce cas un local médicament fermé et sécurisé est à prévoir,
- S'il s'agit d'un lieu fermé, il devra comporter une cloison vitrée afin de faciliter la surveillance et un store pourra permettre de créer de l'intimité.

#### **4.3.8 Locaux de service et divers**

Local ménage, vidoir, local poubelles, local linge propre, local linge sale, stockage couches, fauteuils roulants, local du personnel et sanitaires. Dans le cas de plusieurs unités juxtaposées, ces locaux peuvent être communs.

### **4.4 Aménagement**

Il est nécessaire de créer une ambiance calme, chaleureuse et rassurante, de donner des repères et de prévenir les risques.

Le traitement de la lumière, de la couleur, le choix des équipements en matière d'ergonomie concourt au mieux être des personnes. L'éclairage naturel est à privilégier.

Il convient d'éviter tout ce qui peut être ressenti comme agressif et d'utiliser à bon escient tout ce qui est sombre, les malades valides actifs fuyant naturellement ce qui est sombre.

Le confort acoustique est primordial.

Le rafraîchissement d'au moins une pièce est indispensable.

La diversité des lieux et des ambiances favorise le repérage pour les malades.

La signalétique doit être simple, basée sur des images aisément identifiables.

## **5. MOYENS HUMAINS**

### **5.1 Profils de poste et qualifications requises :**

- IDE,
- AS/AMP,
- ASH,
- Psychologue,
- Médecin coordonnateur,
- animateur.
-

Le personnel doit être formé préalablement à la particularité de la prise en charge de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, il doit pouvoir s'adapter aux situations individuelles dans le respect de la dignité de la personne

La formation continue doit être intégrée dans le projet de l'établissement.

Le soutien psychologique du personnel, peut être envisagé, il fera appel de préférence à une personne extérieure à la structure.

## **5.2 Ratio d'encadrement**

Le ratio d'encadrement sera variable en fonction du GMP et du PMP.

Pour une unité de 12 personnes, il est nécessaire de prévoir une présence continue de 2 agents entre 7h et 19h, et une personne la nuit.

Outre le personnel permanent, il est intéressant de faire appel à des compétences variées et pluridisciplinaires, toutefois leur formation préalable à la prise en charge de personnes démentes est indispensable.

## **6. PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET PROJET DE SOINS**

### **6.1 Projet d'établissement**

L'Unité Alzheimer est une unité qui héberge des patients désorientés, déments, déambulants qui ont besoin de vivre librement dans un milieu protégé.

Le projet d'établissement doit prévoir les conditions d'entrée mais également les conditions de maintien dans la structure ainsi que les critères de sorties.

Les unités Alzheimer doivent être axées sur la pratique d'activités, en insistant sur celles qui rappellent la vie domestique et sociale « normale ». Toutes les études montrent le rôle bénéfique de la stimulation cognitive pour retarder l'évolution de la maladie.

L'établissement mettra en œuvre en fonction de son projet institutionnel : des ateliers mémoires, des ateliers cuisines, des activités de loisirs en rapport avec le passé des personnes.

Il est important de favoriser la marche et la déambulation des personnes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Des sorties et promenades seront organisées aussi souvent que possible, en faisant appel aux familles et aux bénévoles afin d'assurer l'accompagnement avec le personnel de l'unité.

Les droits et libertés des personnes accueillies doivent être préservés.

Le projet d'établissement peut prévoir d'autres modes d'accueil :

- **Hébergement temporaire** :

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis ou pour permettre un répit aux aidants. Il peut aussi s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement.

- **Accueil de nuit** :

Il s'agit en général de personnes présentant des troubles du comportement nocturnes, qui nécessitent un encadrement particulier. Il sera envisagé préférentiellement dans le cadre de l'hébergement temporaire par exemple 2 jours consécutifs avec une nuit. La finalité de ces accueils de nuit est de permettre le soulagement des familles, mais il ne doit pas être source de majoration des troubles comportementaux.

- **Accueil de jour relié structurellement à l'unité Alzheimer :**

Les projets d'accueil doivent être individualisés. Un espace de repos et d'animation doit être prévu pour les places d'Accueil de Jour.

## **6.2 Projet individualisé**

La prise en charge doit être adaptée à chaque résidant et à chacun des stades de la démence. L'objectif principal est une qualité de vie optimale dans le respect de la personne démente.

Le projet de vie personnalisé doit tenir compte des désirs et des habitudes de vie antérieurs du patient, il faut donc prendre connaissance de sa biographie. Les rythmes de sommeil doivent être respectés dans la mesure du possible, de même que les goûts alimentaires afin d'éviter les troubles nutritionnels.

Le maintien de la mobilité est essentiel. La gestion du bien-être et des troubles psychologiques et comportementaux doit être prise en compte. L'accompagnement en fin de vie doit être pris en compte.

## **7. ÉVALUATION**

L'évaluation sera intégrée au rapport d'activité type des EHPAD et reprendra les grands thèmes de ce cahier des charges. Le respect des critères d'entrée et de sortie de l'unité devra être mis en évidence.

## **ANNEXE 1 : Composition du groupe de travail**

**Chef de Projet : Docteur Isabelle MAGNIEN, Médecin - Conseil Général 68**

### **Groupe d'experts :**

**Docteur Agnès ANFOSSI, Hôpital Saint-Morand – Altkirch**  
**Madame Geneviève BAUD, Responsable ADJ – APA68**  
**Docteur Odile BLANCHARD, Médecin Conseil – DRSM Alsace Moselle**  
**Madame Sophie DINTINGER, Sous-Directrice Adjointe PA-PH – CG68**  
**Madame Anne DUCOURTHIAL, Infirmière Coordinatrice – ADJ Hirsingue**  
**Madame Catherine GRENTZINGER, Chargée de Mission – OHRAS CG68**  
**Monsieur Maxime HERRGOTT, Directeur Adjoint – Solidarité CG68**  
**Docteur Jacques HILD, Médecin gériatre Chef de Service – CPA Colmar**  
**Monsieur Robert KOHLER, Directeur – MR Kunheim**  
**Docteur Michel LEVEQUE, Médecin généraliste – URMLA**  
**Madame Catherine MARTINEZ, Chargée de Mission – SPD CG68**  
**Madame Suzanne WEISS, Chargée de Mission – SPD CG68**  
**Monsieur Sébastien MINABERRIGARAY, Inspecteur – DDASS 68**  
**Docteur Pascal MORITZ, ADJ Kembs**  
**Docteur Bertrand NIEDERBERGER, Médecin gériatre – Clinique du Diaconat Colmar**  
**Docteur Christine PILLAY, Médecin Inspecteur – DDASS 68**  
**Monsieur Jean RAPP – ADAUHR Colmar**  
**Madame Nadine RAUSCHER – Chargée d'Etude – OHRAS CG68**  
**Docteur Marcel RUETSCH – URMLA**  
**Madame Sandrine SAINT-HUBERT, Inspecteur – DDASS 68**  
**Madame Eliane TONDEUR, CRAM Alsace-Moselle**