



Diversifier les modes d'accompagnement en EHPAD au service du soutien à domicile des personnes âgées et des aidants

Développer l'offre d'hébergement temporaire de proximité, coordonnée, en fédérant les acteurs du territoire

Frédéric Reboux

2015

cafedes



Remerciements

Je remercie M. Beaudouin et l'ensemble des équipes du Pôle Ligérien Les Moncellières ainsi que les membres du bureau de l'Association qui m'ont accordé leur confiance sur mes différents travaux sur l'association.

Je remercie également toutes les personnes rencontrées dans le cadre des travaux de partenariats.

Je remercie le centre de formation, les intervenants et en particulier E. Robert, pour son accompagnement et son soutien durant ces deux années.

Je remercie tous ceux qui ont apporté leur contribution à la réussite de mes travaux.

Enfin, je remercie ma famille, particulièrement ma femme et ma grand-mère qui m'ont soutenu et supporté pendant toute la formation.

Sommaire

Introduction	1
1 Personnes âgées et dépendance : des enjeux multiples	3
1.1 Des notions entourant les personnes âgées à définir	3
1.1.1 Allongement de l'espérance de vie et le vieillissement des personnes.	3
1.1.2 Les personnes âgées et la vieillesse.	5
1.1.3 La dépendance et le risque de perte d'autonomie.	6
1.1.4 La solidarité sociale et familiale : les aidants.....	8
1.1.5 Les enjeux politiques, sociologiques et économiques liés à l'allongement de la vie.....	10
1.2 L'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées. ...	12
1.2.1 Des premiers dispositifs de prise en charge des personnes âgées aux dispositifs actuels.	13
1.2.2 Les dernières orientations des politiques publiques.....	15
1.2.3 Les dispositifs institutionnels de l'hébergement, du domicile et de l'orientation...	18
1.3 Les dispositifs de maintien et de soutien au domicile.	18
1.4 L'orientation des personnes âgées vers les établissements d'hébergement	20
1.4.1 La question de la limite et des risques du maintien au domicile.	21
1.4.2 La question de l'accompagnement.	22
1.4.3 La question du choix et du consentement des personnes.	24
1.5 L'hébergement temporaire : un mode d'accueil particulier pour les personnes âgées dépendantes et leurs aidants.	25
1.5.1 Une réponse en amont pour limiter les effets de rupture dans la trajectoire de la personne et de sa famille.	26
1.5.2 Une solution d'urgence pour faire face aux aléas familiaux et de santé.....	26
1.5.3 Un rôle important dans le soutien des personnes au domicile.....	27
Conclusion de la première partie.	28
2 L'hébergement temporaire : un dispositif piloté par un établissement inscrit sur le territoire, en soutien au maintien du domicile	29
2.1 L'association Pôle Ligérien Les Moncellières.	29
2.1.1 L'EHPAD Les Moncellières.	30
2.1.2 L'EHPAD Au fil des Jours de Belligné	31

2.1.3	Le public accueilli dans les établissements.	32
2.1.4	Les équipes de l'établissement et le mode d'organisation.	33
2.1.5	Le réseau de l'association.	34
2.2	Le dispositif d'hébergement temporaire dans nos établissements.	34
2.2.1	Légitimité des places d'hébergement temporaire dans les établissements.	34
2.2.2	Le travail des équipes sur ce mode d'accueil.	35
2.2.3	L'organisation de ce mode d'hébergement permet d'accueillir de nombreuses personnes âgées du territoire.	36
2.3	Etude du territoire d'implantation des établissements : le Pays d'Ancenis.	37
2.3.1	Méthodologie de recherche.	37
2.3.2	Couverture institutionnelle.	37
2.3.3	Typologie de la population du territoire	38
2.3.4	Dépendance, perte d'autonomie, habitat et isolement en milieu rural.	40
2.3.5	Projections sur la région Pays de la Loire.	42
2.3.6	Les réponses aux besoins des personnes âgées dépendantes ou non sur le territoire.	42
2.4	Etude de l'environnement des établissements.	43
2.4.1	Différentes méthodes d'investigation utilisées.	44
2.4.2	Consultation des partenaires.	44
2.4.3	Un questionnaire soumis aux professionnels de santé du territoire.	45
2.5	Les attentes des résidents et des équipes des établissements.	47
2.5.1	Les attentes et le point de vue des résidents sur ce mode d'hébergement.	47
2.5.2	Le point de vue des professionnels sur l'hébergement temporaire.	50
	Conclusion de la seconde partie.	51
3	Un projet d'hébergement piloté et porté en cohérence avec la stratégie associative et de direction.	53
3.1	Rappel du questionnaire posé par les autorités sur les places d'hébergements temporaires.	53
3.1.1	Les principales orientations des autorités de contrôle et de tarification sur ce mode d'accueil.	54
3.1.2	Les enjeux et les risques potentiels liés à ce questionnaire.	54
3.2	Le projet d'hébergement temporaire aux nombreuses finalités.	55
3.2.1	Une vision particulière de l'accompagnement.	55
3.2.2	Déployer une offre de proximité.	56
3.2.3	Proposer différentes modalités d'accueils temporaires sous la même appellation.	57

3.2.4	Impliquer des structures du territoire dans le co-portage du projet.....	57
3.2.5	Renforcer les partenariats avec l'ensemble des acteurs du domicile et médicaux.....	58
3.2.6	Le projet de service d'hébergement temporaire.....	59
3.2.7	La reconnaissance de ce service sur le territoire, comme un pôle d'hébergement spécifique.....	59
3.2.8	Porter la mise en place d'une coordination unique.....	60
3.3	La stratégie adoptée dans la construction et dans la conduite du projet.....	60
3.3.1	Eléments généraux, supports au projet.....	62
3.3.2	Une stratégie sécurisée, construite autour de 3 hypothèses.....	69
3.3.3	Hypothèse 1 : Le projet co-porté avec plusieurs structures.....	69
3.3.4	Hypothèse 2 : Le projet porté inter-établissement uniquement par le pôle Ligérien Les Moncellières.....	72
3.3.5	Hypothèse 3 : rejet ou abandon du projet.....	73
3.4	L'évaluation du projet.....	73
3.4.1	Les effets attendus dans les établissements.....	74
3.4.2	Méthodes et critères d'évaluation du projet.....	75
3.4.3	Ce projet, une étape supplémentaire dans le renforcement d'une offre globale coordonnée sur le territoire ?.....	77
	Conclusion de la troisième partie	78
	Conclusion	79
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural.

AGGIR : Autonomie, Gérontologie et Groupe Iso-Ressources.

AMP : Aide Médico-Psychologique.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

ARS : Agence Régionale de Santé.

AS (Q) : Aides soignants (es) (Qualifiées).

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles.

CESF : Conseiller (ère) en Economie Sociale et Familiale.

CH-CHU : Centre Hospitalier – Centre Hospitalier Universitaire.

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination.

CNRPA : Comité National des Retraités et Personnes Âgées.

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées.

COMPACT : Communauté de Communes du Pays d'Ancenis.

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie.

CSP : Catégories Socioprofessionnelles.

CVS : Conseil de la Vie Sociale.

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer.

EMOG : Équipe Mobile à Orientation Gériatrique.

GIR : Groupe Iso-Ressources.

GMP : GIR Moyen Pondéré.

GRATH : Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap.

HAD : Hospitalisation À Domicile.

HLM : Habitation à Loyer Modéré.

IDE : Infirmier (ère) Diplômé(e) d'État.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer.

MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

PAAP : Projet d'Accueil et d'Accompagnement Personnalisé.

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie. Dispositif de Parcours de Santé des Aînés.

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés.

PMP : Pathos Moyen Pondéré.

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

PSD : Prestation Spécifique Dépendance.

SAAD : Services d'Aide À Domicile.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile.

SSR : centre de Soins de Suite et de Réadaptation.

SPASAD : Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile.

SROSMS : Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale.

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales.

USLD : Unité de Soins Longue Durée.

Introduction

Plusieurs années comme consultant en déploiement d'outils de gestion d'établissements médico-sociaux, en particulier d'EHPAD, m'ont donné l'opportunité d'aborder les problématiques humaines et économiques ainsi que les enjeux autour du pilotage de ces structures. C'est notamment grâce aux échanges avec les directeurs et le personnel encadrant que j'ai orienté ma reconversion professionnelle. Mon inscription dans la formation CAFDES dispensée à l'ARIFTS site nantais est un choix posé. Elle s'inscrit dans la continuité de mon parcours professionnel au sein de différents secteurs d'activité dont le médico-social.

Ma volonté d'intervenir sur les structures offrant des services à destination des personnes âgées est motivée par le souci de la place accordée à celles-ci dans la société. Les aînés sont pour moi le fil entre les générations et les garants de notre histoire individuelle et collective. Ce lien générationnel et familial m'amène alors à orienter ma réflexion autour des enjeux, du rôle et de la place des aidants intervenant auprès de leurs proches dépendants. Ma motivation est également le résultat de mes interventions dans ces établissements, avec parfois, des modes d'accompagnements pratiqués qui m'ont poussé à m'interroger sur la nature de ceux-ci et sur les limites de certaines pratiques professionnelles. Enfin, elle s'inscrit au regard de situations particulières, autour du placement des personnes âgées dans les institutions parfois contre leurs volontés, en opposition avec leurs choix de vie et leurs conditions physiques et psychiques.

Ce second axe, interrogeant les limites du maintien à domicile et l'entrée en institution, est le fil conducteur qui m'a guidé vers l'association Pôle Ligérien Les Moncellières et sur ces questions d'hébergements temporaires orientées en direction du soutien au domicile.

L'association Pôle Ligérien Les Moncellières et plus particulièrement l'EHPAD Les Moncellières, sur lequel je suis prioritairement intervenu, se situe en région Pays de la Loire, dans le département de la Loire-Atlantique, sur la commune du Fresne-sur-Loire.

Ladite association gère deux établissements de type EHPAD : Les Moncellières, implanté sur la commune du Fresne-sur-Loire et Au Fil des Jours, sur la commune de Belligné.

Le déploiement de services complémentaires à destination des personnes âgées en perte d'autonomie sur le secteur, via l'ouverture d'un accueil de jour, de places d'hébergements temporaires, d'une plateforme de répit pour les aidants, confirment cette stratégie de soutien au domicile.

C'est sur le sujet particulier de l'hébergement temporaire que porte ce mémoire, avec pour point de départ, deux constats : le premier est un manque potentiel de place sur le territoire, au regard du nombre de demandes de séjours enregistré pour l'établissement Les Moncellières. Le second est un questionnement des autorités de contrôle et de tarification sur l'organisation des places existantes sur l'ensemble du territoire ainsi que

leur devenir, au regard du faible nombre de places et d'une répartition par deux sur quelques structures.

En première partie de mon mémoire, j'introduirai la question du vieillissement et de son incidence sur l'évolution des politiques publiques d'hier et d'aujourd'hui. Ces dernières, construites sur le versant de la dépendance depuis les années 1960, requestionnent les liens entre générations ainsi que le rôle des solidarités sociales et familiales. Parallèlement au développement des politiques élaborées sur une logique de maintien à domicile, la question des aidants a émergé et avec elle, celle des modes d'hébergements temporaires et séquentiels susceptibles de soutenir tant les aidants que les personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. Sur ces bases, j'engagerai alors dans ce second temps, un état des lieux des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment l'hébergement temporaire. J'introduirai en parallèle des réflexions, bases de mon intervention auprès de ces personnes, sur le consentement des personnes et le sens de l'accompagnement à destination de ce public et des aidants familiaux.

Insérés dans les politiques et les enjeux précités, les deux établissements de l'association feront l'objet d'un état des lieux de leurs places, de leurs évolutions et de leurs organisations sur leur territoire. Ce dernier fera l'objet d'un diagnostic, articulé autour de données statistiques. Il sera complété par l'intégration des partenariats et des réseaux existants. À l'image d'un resserrement de l'objet de l'étude, je m'intéresserai aux attentes des partenaires et des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, concernant un mode d'accueil temporaire. Ces éléments viendront alors mettre en tension les objectifs d'un tel accueil, les attentes et les besoins remontant du public et du territoire. Ils permettront également de valider le sens de mon intervention à destination des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants ; à savoir une solution d'hébergement temporaire de proximité, favorisant le répit des personnes âgées en perte d'autonomie et des aidants et la fluidité des trajectoires via une coordination unique.

Le questionnement des autorités de contrôle et de tarification sert de préambule à la troisième et dernière partie. En réponse à cette problématique, j'engagerai alors une stratégie tenant compte de la place de l'association sur le territoire, des partenaires et du sens de notre intervention à destination des personnes. Ces éléments mis en lien avec la place particulière du Pôle Ligérien Les Moncellières sur le territoire, m'amèneront à porter un projet capable de mobiliser les autres associations locales. Trois hypothèses de travail prendront en compte les risques inhérents à un projet co-porté et piloté par l'association. Ce dernier est basé sur des valeurs fortes et structurées autour d'un pôle d'hébergement disposant d'une coordination unique. Il vise à faciliter l'accès de cet accueil aux personnes âgées en perte d'autonomie du territoire dans un cadre précis, avec un sens, et toujours dans le respect de la personne.

1 Personnes âgées et dépendance : des enjeux multiples.

L'évolution structurelle de la population française de ces dernières décennies, qui se poursuivra dans les années à venir, modifie profondément les orientations des politiques publiques en matière de prise en charge, puis d'accompagnement des personnes âgées. L'allongement de l'espérance de vie accroît les risques de perte d'autonomie communément appelée dépendance. Cette situation particulière pose alors la question du maintien à domicile, des aides mobilisables, mais aussi et surtout de l'entrée de la personne âgée dépendante dans des structures spécialisées. Elle vient également questionner les mécanismes de solidarité qui se mettent en mouvement afin de répondre aux problématiques d'accompagnement et de prise en charge de ces personnes âgées dépendantes et de leur entourage. Ce sont ces éléments que j'aborde dans cette première partie.

1.1 Des notions entourant les personnes âgées à définir.

De qui parlons-nous réellement quand nous évoquons les personnes âgées ? À partir de quel âge considère-t-on une personne comme âgée ? La dépendance est-elle liée à l'âge ou à un état de santé ? Quelle est la place de la famille et des proches ? Ce sont ces quelques éléments que je reprends.

1.1.1 Allongement de l'espérance de vie et le vieillissement des personnes.

Les définitions et les représentations du vieillissement des personnes sont nombreuses. Le vieillissement permet de caractériser une population : on parle alors de vieillissement de la population, qu'elle soit active, retraitée ou dans sa globalité. Le vieillissement de la population se traduit par cette forme graphique particulière : la pyramide des âges inversée. Sur ce modèle de structure populationnelle qui peut être expliquée, entre autres, par des classes creuses (guerres et épidémies) et / ou par des classes âgées supérieures aux classes les plus jeunes (faible natalité), j'aborde la notion d'allongement de l'espérance de vie. Bien que cette dernière soit finalement propre à chaque individu qui vit plus longtemps, cette donnée se lit au travers de chiffres et valeurs collectifs pour une part ou pour la totalité d'une population. Selon l'OMS¹, ce phénomène d'allongement de l'espérance de vie, qui vise en particulier les personnes les plus âgées, s'accroît dans le monde. L'Europe et la France n'échappent pas à ce phénomène : en 10 ans,

¹ OMS, disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/fr/>

l'espérance de vie en France a augmenté de 2,9 ans pour les hommes et de 2,1 ans, pour les femmes, pour atteindre respectivement 78,7 ans et de 85 ans².

Cette notion d'allongement de l'espérance de vie est cependant à manipuler avec précaution : en parallèle de cette définition, vient s'ajouter la notion d'espérance de vie en bonne santé. L'Insee définit cette bonne santé par une vie sans limitation d'activité. Dans ce cadre, l'espérance de vie en bonne santé est de 61,9 ans pour les hommes et de 63,5 ans pour les femmes en France, et respectivement de 61.3 ans pour les hommes et 61.9 ans pour les femmes dans l'Europe des 28³.

La notion de vieillissement inhérente à l'objet est celle qui se définit par les notions biologiques. Pour l'OMS⁴, le vieillissement est « un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps ». Dans son ouvrage intitulé « Accompagner (autrement) le grand âge », M-E JOËL⁵ indique : « *Le vieillissement correspond à l'ensemble des modifications liées à l'avancée en âge qui réduisent la résistance et l'adaptabilité de l'organisme à son environnement* ». Elle précise que le vieillissement est « *intrinsèque à la condition humaine et il touche l'ensemble des individus depuis le début de leur existence* ». Dans ce sens, le vieillissement fait partie intégrante de la vie et de la condition humaine. Enfin, le terme anglo-saxon « Ageing » par sa construction montre le caractère continu du vieillissement. Cette dimension ne se limite pas, à mon sens, aux simples modifications biologiques. V CARADEC⁶ dans son ouvrage « *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* » apporte une lecture de ce phénomène en mettant en avant les transitions qui marquent l'avancée en âge avec deux approches. Sur l'approche « *fonctionnaliste* », le vieillissement entraîne une perte des liens sociaux ; et sur une approche « *constructiviste et interactionniste* », il provoque un triple changement articulé autour de la transformation de l'identité propre de l'individu, de son environnement relationnel, et de ses habitudes de vie. Il conclut d'ailleurs ce même chapitre avec une définition sociologique du vieillissement : « *Le vieillissement est un processus complexe qui résulte à la fois de la trajectoire passée et du contexte présent et au cours duquel s'opère un ensemble de changements dont le maître-mot n'est pas celui de dépendance ni de déclin, mais bien plutôt celui d'épreuves* »⁷. En ce sens, le vieillissement serait le résultat de la

² INSEE, disponible sur internet :

http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=4153

³ Source Eurostat, données Avril 2014, mise à jour de l'article en juin 2015, disponible sur internet : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/fr

⁴ Organisation Mondiale de la Santé. Définition citée sur le site internet : http://www.dialogue-social.fr/files_upload/documentation/200901271456130.Int_01_GIRY_Jacqueline.PDF

⁵ JOËL M-E, 2014, *Accompagner « Autrement » le grand âge*, p 12

⁶ CARADEC V, 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Chapitre 3, pp 87-94.

⁷ CARADEC V, 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Chapitre 3, p 115

combinaison de la trajectoire de l'individu, de sa capacité à faire face et à s'adapter aux changements sociaux, familiaux, biologiques passés et à venir.

Le vieillissement des personnes est donc un processus naturel, universel, mais dont les effets sont propres à chacun. Le vieillissement est multifactoriel, non exclusif à l'âge, résultant de la qualité de l'état de santé général de la personne et de son parcours social influencé par son histoire personnelle.

1.1.2 Les personnes âgées et la vieillesse.

À l'image du vieillissement, ces deux termes peuvent être associés à des visions plus ou moins optimistes. Concernant la vieillesse, sa conception a beaucoup changé. Elle résulte de l'augmentation de l'espérance de vie au XX^{ème} siècle, ce qui en a fait une étape normale de la vie, vécue par le plus grand nombre. La vieillesse est cependant rattachée à un critère d'âge : dans les définitions du dictionnaire⁸, elle correspond à une « *période de la vie succédant à l'âge mûr...* », « *période ultime de la vie plus ou moins bien vécue par une personne en fonction de son état physique ou mental qui revêt des aspects positifs (sagesse, épanouissement) et des aspects négatifs (solitaire, triste, malheureuse)* ». Il reste cependant difficile aux vues de l'évolution des sociétés de formuler un âge biologique pertinent de la vieillesse⁹.

La conception de la vieillesse serait aussi liée à une construction sociale, émanant de la société moderne, de l'état et des politiques sociales. La mise en place des systèmes de protection sociale et particulièrement des retraites (fin du XIX^{ème} en France et en Allemagne) ont entraîné l'apparition d'une nouvelle catégorie de population classée par âge : les retraités. Cette notion de retraite et d'âge de départ pose la question des salariés âgés et, in fine, des personnes que l'on qualifie d'âgées. Cette catégorie de personnes est issue finalement des politiques sociales qui se sont réellement structurées dans les années 1960-1975, à l'image du rapport Laroque (1962). Elles ont entraîné le développement de politiques spécifiques à cette tranche d'âge, accompagné d'un vocable particulier, parlant jusque dans les années 1950 de vieillards, dans les années 1970 de personnes du 3^{ème} âge, puis de « personnes âgées » et de séniors dans les années 1995-2000.

L'OMS¹⁰ reprend dès 1989 cette barrière d'âge en qualifiant les personnes comme âgées dès lors qu'elles ont atteint l'âge de 60 ans et plus. Elle ajoute cependant en 2013, la notion de « grand âge » qui est composé des personnes âgées de 80 ans et plus. La

⁸ <http://atilf.atilf.fr> ou <http://www.cnrtl.fr/definition/>

⁹ Comme l'indique P. BOURDELAIS dans son ouvrage de 1993 : « *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population* ». Paris, Odile Jacob.

¹⁰ La santé des personnes âgées. 1989. *Rapport d'un comité d'experts de l'OMS*. Disponible sur internet : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_fre.pdf

distinction est cependant faite entre « personne âgée » et « vieillesse », l'OMS situant la vieillesse après 65 ans et plus, soit une différence de 5 années par rapport à la définition de la personne âgée.

L'Insee¹¹ retient comme définition des personnes âgées dépendantes les individus de 60 ans et plus. Ces décalages montrent toute la complexité des interprétations possibles autour de ces notions et finalement le caractère individuel de la vieillesse et de sa traduction biologique et psychologique. Enfin pour faire écho à ces questions d'âge d'entrée dans la vieillesse ou de considération en tant que personne âgée, je rappelle ce que disait P Bourdieu à ce sujet : « *L'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable*¹² ». En ce sens, l'âge et les classes d'âge sont des éléments de classification, supports administratifs pour la construction des politiques sociales et exploitables dans le cadre de statistiques à grande échelle. Potentiellement stigmatisants, les codes et les représentations associées à l'âge évoluent en parallèle de la société et s'adapte finalement à son évolution : l'exemple type est l'image que chacun se fait d'une personne âgée de soixante-cinq ans il y a un siècle et celle qu'elle renvoie aujourd'hui. Dans le prolongement de l'augmentation de l'espérance de vie, les risques de perte d'autonomie se développent.

1.1.3 La dépendance et le risque de perte d'autonomie.

Le mot dépendance est inventé en France en 1973. Il s'imposera dans les textes en 1997. La dépendance peut tout d'abord être définie par « *la relation de subordination, de solidarité ou de causalité*¹³ ». Elle peut alors se traduire avec une « *idée de subordination envers une personne ou un groupe de personnes, avec des choses, ou bien avec une idée de solidarité physique ou morale* »¹⁴.

La notion de dépendance est inhérente à l'humain. Toute personne est finalement dépendante. « *Une unité sociale A est en situation de dépendance vis-à-vis d'une autre unité sociale B dès lors qu'elle doit, de manière permanente ou relative, recourir à la médiation de cette dernière pour atteindre un objet de satisfaction d'un désir, d'un besoin* »¹⁵. La dépendance n'est pas l'âge ou au vieillissement, le parfait exemple étant la dépendance du nourrisson vis-à-vis de sa mère pour se nourrir et prendre soin de lui.

Pour B ENNUYER, il serait plus juste de parler d'incapacité que de dépendance, « *l'homme étant foncièrement dépendant*¹⁶ ». Il ajoute au concept de dépendance qu'il est

¹¹ INSEE : *Les personnes âgées*, édition 2005, p 50.

¹² BOURDIEU P, 1980, *La "jeunesse" n'est qu'un mot*, repris in Questions de sociologie, Editions de Minuit, Paris. Ed 1992, pp 143-154.

¹³ Dictionnaire de la langue française : <http://atilf.atilf.fr/>

¹⁴ Dictionnaire de la langue française : <http://atilf.atilf.fr/>

¹⁵ BRIZAIS R, 16 septembre 2014, Intervention à l'Université de Nantes.

¹⁶ ENNUYER B, 12 juin 2015, Intervention à l'Université de Nantes.

multidimensionnel et que la dépendance peut être « *mentale, physique, économique, sociale, cognitive, émotionnelle, réelle, imaginaire* »¹⁷. Il intègre également à la dépendance « *l'effet de l'institutionnalisation et des politiques sociales* » qui ont peu à peu, et depuis les années 1975, introduit la notion de dépendance dans le champ de la vieillesse. La définition retenue dans les textes de loi en 1973, sera alors celle d'Y DELOMIER¹⁸ : « *Celui qui est dépendant a besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut accomplir seul les gestes nécessaires à la vie* ». Cette institutionnalisation entraîne la création d'une nouvelle catégorisation dans le champ de la vieillesse, les personnes âgées dépendantes. C'est en 1997 que la notion de personnes âgées dépendantes apparaît pour la première fois dans la législation française, par la loi du 24 janvier 1997. Elle est présentée de la manière suivante : « *La dépendance [...] est définie comme l'état d'une personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance prolongée* ».

L'autonomie est définie comme la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement. Elle peut également être déterminée par la liberté, l'indépendance morale ou intellectuelle. Cependant, et dans le cadre de mon travail, c'est particulièrement la première définition que je retiendrai. Pour M-E JÖEL, la perte d'autonomie rejoint la définition retenue : elle est la réduction de la capacité à se gouverner soi-même et à prendre seul les décisions relatives à sa propre existence. Elle souligne que l'expression de « *personne en perte d'autonomie* » serait moins stigmatisante que celle de « *personne âgée dépendante* ». V CARADEC¹⁹ souligne aussi l'assimilation de la dépendance à la perte d'autonomie.

Le risque est défini comme le danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité²⁰. Il sous-entendrait, dans notre contexte, une action de prévention sur les facteurs identifiés à la perte d'autonomie : maladies neurodégénératives, chutes, dépression... Le regroupement de la notion de perte d'autonomie, et de risque de perte d'autonomie renvoie à la notion de fragilité de la personne. Je reprends deux définitions de la fragilité : à propos d'une personne, « *Manque de stabilité, d'assurance, facilité à être ébranlé, anéanti* » que je mets en lien avec la définition plus générale : « *Facilité à se briser, à se rompre*²¹ ». Le CREDOC propose : « *Les personnes âgées fragiles sont donc les personnes qui, du fait de l'âge, ont un état de santé plus « fragile » : elles sont moins résistantes et peuvent plus*

¹⁷ ENNUYER B, 2004, *Les malentendus de la dépendance*, p 66.

¹⁸ ENNUYER B, 2004, *Les malentendus de la dépendance*, pp 250-251

¹⁹ CARADEC V 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, p 22.

²⁰ Source disponible sur internet : <http://atilf.atilf.fr>

²¹ Source disponible sur internet : <http://atilf.atilf.fr>

facilement tomber malades. Pour éviter que ces maladies les fassent basculer dans la dépendance, des actions de prévention et de sensibilisation peuvent être développées²² ». Enfin, la fragilité peut être décrite comme « un état intermédiaire entre la robustesse et la dépendance. L'état de fragilité se définirait en fonction de cinq critères : la faiblesse musculaire, l'asthénie, une activité physique réduite, une lenteur de marche et une perte de poids involontaire²³ ».

La personne âgée dépendante serait alors « une personne qui par l'âge redevient dépendante là où elle ne l'était plus »²⁴.

La dépendance est observée et chiffrée depuis 1981 avec l'apparition de l'outil GERONTE puis en 1996-1997 avec le déploiement de la grille AGGIR dans le cadre de la mise en place de la PSD. La grille AGGIR permet d'une part d'évaluer le degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées, et, d'autre part, de définir le GIR permettant notamment de construire l'accompagnement des personnes et conditionnant la demande de l'APA. Au regard de la dépendance mesurée par le GIR, le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) est d'environ 1,2 millions de personnes²⁵.

Ici la dépendance ne se limite pas à un état physique limitant la réalisation des actes de la vie quotidienne. Cette notion supporte les notions de handicap et d'incapacité. En outre, au-delà de 60 ans, la notion de dépendance se substitue à celle de handicap.

Autour des personnes en perte d'autonomie s'organisent alors des formes de solidarités familiales et/ou amicales plus ou moins fortes qui ont évolué et évoluent au fil du temps.

1.1.4 La solidarité sociale et familiale : les aidants

La construction du terme d'aidant émane au départ des sociologues de la famille. L'apparition des aidants serait le résultat des difficultés, sur leurs propres problématiques, portées par les familles dans les associations de parents dans le champ du handicap²⁶. L'aidant est celui qui prend soin de son parent ou de son proche en perte d'autonomie et/ou de dépendance. L'aidant va réaliser les actes de la vie quotidienne que la personne dépendante ne peut plus partiellement ou totalement réaliser. Il peut être familial, de proximité ou professionnel, individuel ou collectif (configuration familiale de l'aidant, fratries). L'aidant est celui qui prend soin au sens du « Care »²⁷. Le care étant le prendre

²² CREDOC, 2008, *La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures* p 15. Disponible sur internet : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

²³ Disponible sur internet : <http://www.april.fr/informations/les-origines-de-la-perde-d-autonomie>.

²⁴ BRIZAIS R, 10 décembre 2014, Intervention à l'Université de Nantes.

²⁵ DREES, *Projection des populations âgées dépendantes*, Dossier solidarité et santé, n°43, p 1. Disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

²⁶ UDAF 49, 2009, *Pour un renforcement du soutien aux aidants*, p 8, disponible sur internet : http://www.alta-com.com/UDAF//documents_actus/Etude_version_finale.pdf

²⁷ JOËL M-E, 2014, *Accompagner « Autrement » le grand âge*, p 31. Le care est le prendre soin en tenant compte de la dimension fondamentale de la relation dans l'accompagnement.

soin en tenant compte de la dimension fondamentale de la relation dans l'accompagnement. Ses missions et son rôle sont nombreux allant de la gestion administrative aux soins (nursing). Cela implique bien souvent une modification de sa propre existence : modification et adaptation de son emploi du temps, charge de l'accompagnement, réduction des liens sociaux avec l'extérieur et in fine modification des relations, des liens avec la personne aidée. Les aidants non professionnels représentent en France en 2014 près de 8.3 millions de personnes²⁸.

Le basculement des proches dans le rôle d'aidant peut être brutal, suite à un accident, ou diffus, avec une diminution progressive des capacités de la personne aidée et finalement une évolution parallèle de l'aide dans le temps. Il se produirait alors un changement fort dans le schéma d'un couple, avec la transformation du statut de conjoint à celui d'aidant dès que l'autre devient malade. Cette stratégie de soutien déployée par les proches fait écho aux mécanismes des solidarités et des obligations familiales, mises en avant dans les travaux de M SEGALEN²⁹. Dans ce sens, l'aidant familial est bien souvent une femme, à l'image des mécanismes de solidarités familiales établis jusque dans les années 1950, ou le dernier enfant de la fratrie, généralement une fille, sacrifiait sa propre existence pour se consacrer exclusivement à ses parents âgés³⁰. Le profil type des aidants des personnes âgées dépendantes est une jeune retraitée, qui est tiraillée entre ses parents, ses enfants et petits-enfants. Cette génération est qualifiée de génération sandwich³¹ ou génération pivot.

Ces éléments sont confirmés par plusieurs enquêtes et par exemple celle menée par l'UDAF du Maine-et-Loire³². Les aidants sont des femmes à 67% des répondants, avec une moyenne d'âge de 61 ans. La catégorie socioprofessionnelle retraitée est majoritaire (47%). L'aidant vit en majorité avec la personne aidée, (66%) et l'aide s'est mise en place de manière évidente : pour 88% des personnes, la détermination de l'aidant n'est pas issue d'une décision familiale. Enfin, 46% des aidants sont des conjoints.

Les aidants familiaux, qui dispensent un accompagnement à moyen et long terme de pathologies souvent complexes, notamment celles liées aux maladies neurodégénératives, s'exposent au risque d'épuisement et de dépression. Cet épuisement résulte des modifications de leur propre mode de vie, avec la diminution du temps dédié à prendre soin d'eux, sur le plan social et de la santé.

L'aidant qui intervient auprès de la personne âgée n'a pas aujourd'hui de statut juridique, contrairement à ceux des personnes handicapées qui, elles, sont reconnues par l'article

²⁸ Source disponible sur internet : <http://www.aidants.fr/>

²⁹ SEGALEN M, 2002, *Le nouvel esprit de famille*, et SEGALEN M, 2000 *Sociologie de la famille*.

³⁰ SEGALEN M, 2002, *Le nouvel esprit de famille*, chapitre 3, p 55.

³¹ SEGALEN M, 1998, 2007, 2014, *Grands-parents, La famille à travers les générations*, p 100.

³² UDAF 49, 2009, *Pour un renforcement du soutien aux aidants*, pp 25 - 63, disponible sur internet : http://www.alta-com.com/UDAF//documents_actus/Etude_version_finale.pdf

R245-7 du CASF³³. Il peut cependant, sous certaines conditions, bénéficier d'un soutien financier via l'APA³⁴. Seuls quelques pays de l'Union Européenne tels que l'Espagne ou le Royaume Uni ont défini un statut aux aidants et leur ont reconnu un droit à compensation financière.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement³⁵, dans son écriture semble formuler différentes réponses dans la prise en compte sociale et financière du rôle des aidants, notamment avec la création d'un droit au répit. Cette reconnaissance, bien que modeste, laisse cependant une ouverture sur une prise en compte plus grande du rôle des aidants familiaux et des impacts de ce rôle sur leurs propres conditions de vie.

L'importance du rôle des aidants, sans lequel l'intervention sociale ne pourrait se faire et ce particulièrement sur des modes d'accueils au domicile, souligne également les difficultés de positionnements qui peuvent se produire entre les aidants lors de l'accompagnement de la personne âgée. L'aidant dit « naturel » peut se retrouver à déléguer certaines fonctions, avec des approches et des méthodes des professionnels potentiellement différentes des siennes, souvent plus techniques et apparaissant comme plus froides.

Cette question des solidarités familiales constitue l'un des aspects d'enjeux plus vastes portant sur la place de la vieillesse dans la société.

1.1.5 Les enjeux politiques, sociologiques et économiques liés à l'allongement de la vie.

- L'espérance de vie au cours du XX^{ème} siècle est passée de 45,2 ans à 79,1 ans³⁶. Cette évolution de la structure de la population qui se poursuit aujourd'hui a posé et pose de nombreuses questions sur la place, la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes. En parallèle de l'allongement de la vie, sont apparues différentes pathologies comme par exemple les maladies neurodégénératives. Les pouvoirs politiques se sont particulièrement saisis de cette question après la seconde guerre mondiale, et plus fortement dans les années 1960 à l'image du rapport LAROQUE de 1962. C'est d'ailleurs ce dernier qui fera passer la question de la vieillesse du terrain économique au terrain

³³ Disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PDF_30_-_ANP_Preparation_de_la_concertation.pdf, p 1.

³⁴ Disponible sur internet : <http://www.aidants49.fr/>

³⁵ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Chapitre 3. 19 mars 2015. Sénat N°83. Disponible sur internet : <http://www.senat.fr/leg/tas14-083.html>

³⁶ VALIN J et MESLÉ F, 2001. *La population de la France. Institut National d'Études Démographiques.* p 539. Disponible sur internet : https://books.google.fr/books?id=UbURXMaaTfKc&pg=PA539&lpg=PA539&dq=Augmentation+de+%27esp%C3%A9rance+de+vie+en+France+entre+1900+et+2000&source=bl&ots=tVYiDvqgCS&sig=rftAHUtuxY19-ve9nrNg_KGIDTc&hl=fr&sa=X&ei=nb2LVc_PDob9UrLagaAD&ved=0CDEQ6AEwAzqU#v=onepage&q=Augmentation%20de%20l'esp%C3%A9rance%20de%20vie%20en%20France%20entre%201900%20et%202000&f=false

social et politique³⁷. Les problématiques de logement des personnes âgées, de ressources deviennent alors de véritables enjeux politiques et de société. Ils ne cesseront d'être abordés par les gouvernements successifs. Ces enjeux de société nécessitent des réponses en termes de financement, de mobilité, d'habitat et de santé.

- L'accroissement de la population âgée interroge sur sa place et son intégration dans la société. Cette question ressort dès la dénomination de ces personnes, avec l'évolution des termes, passant de vieillards aux retraités, aux personnes du 3^{ème} et 4^{ème} âge, aux séniors, aux personnes âgées et personnes âgées dépendantes. C'est aussi la place de ces personnes dans la société qui se trouve interrogée et qui finalement sert de base dans la construction des politiques du XIX^{ème} siècle à nos jours. La place de ces personnes était déjà soulevée sous Louis XIV, où des hospices étaient créés pour protéger les déshérités, mais également pour cacher et protéger la société des vieux et des pauvres. N'oublions pas que les établissements pour personnes âgées sont les héritiers de ces structures. Cette conception de l'assistance marquera en partie la conception de l'accompagnement des personnes en France, avec une approche de charité mais également d'isolement de cette population : les personnes vont dans ces établissements quand plus personne n'en veut.

La mise en place des systèmes de retraite garantissant une certaine indépendance économique et sociale est le parfait exemple de politique de maintien à domicile des personnes âgées et de la prise en compte de leur place dans la famille et dans la société. La construction sociale de cette population a également posé comme nous l'avons déjà évoqué les questions autour de leur âge, en lien direct avec la question de la retraite. L'accroissement du nombre de personnes considérées comme âgées a profondément modifié le rapport de force entre les générations.

La notion d'obligation alimentaire qui existe au code civil napoléonien dans l'article 205, et qui est encore en vigueur aujourd'hui : « *Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin* »³⁸ semble ne plus être souhaitée par les parents âgés. Ils ne veulent plus être une charge pour leurs enfants ce qui interroge alors sur leur place physique dans la société, avec une volonté d'indépendance, de ne pas vieillir, de ne pas dépendre de leurs enfants. Les personnes âgées souhaitent une vie normale, autonome avec une vie citoyenne. Ces derniers points font écho aux nombreux travaux menés par M SEGALEN : ils interrogent dans le cadre de la sociologie de la

³⁷ CARADEC V, 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. 3^{ème} Ed, p 19.

³⁸ Code civil des Français : édition originale et seule officielle, à Paris, de l'Imprimerie de la République, An XII 1804. Chapitre V, article 205. Disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/evenements/code-civil/cc1804-lpt05.pdf>

famille³⁹, la place des grands-parents, retraités ou non, des liens familiaux, de la solidarité familiale et de leur place dans la société.

Il reste cependant que, malgré cette volonté d'indépendance, la perte d'autonomie de certaines personnes, oblige à la mise en place de réponses adaptées de la part des pouvoirs publics et des proches. L'institutionnalisation de la vie dans les sociétés modernes, davantage centrée sur les individus, a entraîné une rigidité des parcours de vie et des existences individuelles, basée sur l'âge chronologique lui-même. Il s'articule alors autour de trois périodes : « *La jeunesse qui est l'apprentissage, l'âge adulte qui est reflété par l'activité productive et enfin la vieillesse qui est une phase de retraite*⁴⁰ ».

- Les enjeux économiques autour des personnes âgées s'articulent sur deux axes principaux : le financement des retraites et celui de la dépendance. Le financement des retraites, plus fortement que celui de la dépendance est lié directement à la structure de la population, active ou non, à la conjoncture et à la santé économique du pays. C'est en s'ajustant à ces variables que les politiques de retraites modernes se sont construites et que des ajustements, comme par exemple, l'âge de départ à la retraite à taux plein passé de 65 ans à 60 ans, ont été utilisés par le gouvernement de François Mitterrand en 1982. La fluctuation de la croissance impacte autant le niveau des retraites que le niveau du financement de la dépendance. Ces effets sont ressentis réellement dans les années 1990 avec la prise en compte des problèmes de dépendance et l'instauration de la PSD en 1997 puis de l'APA en 2002. Les difficultés de financement de la dépendance par les pouvoirs publics se sont illustrées, entre autres, avec la mise en place de la journée de solidarité en 2004-2005 et une recherche de maîtrise des dépenses de Sécurité Sociale dans le cadre de l'ONDAM (1996).

Le positionnement et la stratégie adoptés par les pouvoirs publics se traduisent alors par le déploiement de politiques publiques ciblées.

1.2 L'évolution des politiques publiques en direction des personnes âgées.

L'évolution de la structure de la population avec une inversion de la pyramide des âges, l'environnement économique et les orientations politiques de différents gouvernements d'après-guerre ont influencé le dessein des politiques publiques actuelles.

³⁹ SEGALIN M, 2000, chapitre 4, *La parenté dans la société contemporaine* in SEGALIN M, *Sociologie de la famille*, 5^{ème} édition, Paris, Armand Collin, pp 89-112.

⁴⁰ KOHLI M, 1989, *Le cours de la vie comme institution sociale*, Enquête, n°5 repris par CARADEC V, 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*.

1.2.1 Des premiers dispositifs de prise en charge des personnes âgées aux dispositifs actuels.

La construction de la catégorie des personnes âgées et de la vieillesse s'est faite sous le couvert des politiques publiques. Elle reflète au fil du temps les changements autour du statut social des personnes âgées, d'une personne que l'on cachait, voire que l'on chassait de la famille selon les cultures, à une personne qui est reconnue dans la société et qui dispose d'un réel statut social.

L'élaboration de ces politiques a lieu dès la révolution française, où à l'époque, même si seul le terme de vieillard qualifie la personne âgée, on trouve des instructions de l'état révolutionnaire français en direction des départements pour le déploiement d'un plan de secours à destination de ces personnes : « *L'État qui a joui de leur jeunesse et profité de leurs travaux se doit de leur assurer une subsistance convenable* »⁴¹. C'est à cette même période, entre 1793 et 1797, qu'est mise en place une journée dédiée à la fête des vieillards. La seule politique publique à destination de ces personnes est celle de l'assistance aux pauvres et aux vieux par les hospices.

Après la seconde guerre mondiale, la politique de secours aux personnes âgées, est essentiellement axée sur le logement (1957, loi et circulaire sur les logements foyers dans le parc des HLM). L'assistance apportée aux vieillards reste encore supportée par une solidarité familiale. Cette assistance est, en effet, envisagée comme « *relevant de la sphère privée et familiale, ou exceptionnellement du réseau traditionnel d'assistance à la pauvreté* »⁴². 1945 demeure une année charnière pour l'évolution des politiques de protection sociale. Dans ce cadre, l'État émet une ordonnance portant sur l'organisation de la sécurité sociale. Les personnes âgées seront intégrées à ce dispositif de protection dès 1946. En 1951 est lancée une campagne nationale en faveur des vieillards et en 1956 est créé le Fond National de Solidarité pour les plus de 65 ans. Il sera financé par la vignette automobile.

Au début des années 1960 est préparé le 3^{ème} plan d'équipement sanitaire avec une partie sur la « doctrine de l'hébergement de vieillards ». Dans le prolongement de cette circulaire est mise en place une commission d'études sur les politiques de la vieillesse, présidée par P LAROQUE.

En 1962, le rapport LAROQUE préconise de mettre à la disposition des personnes âgées « *un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins* »⁴³. Ce texte

⁴¹ GUTTON J.P., *Naissance du vieillard*, Paris : Aubier, 1988 (collection historique)

⁴² GUILLEMARD A-M, 1993, *La production des politiques de la vieillesse*, Persee, n°37, p 105, disponible sur internet : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_1983_num_37_1_1555

⁴³ DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, 2000, Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination, Annexe 3, Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251786.htm>

qui contient les grands principes de l'action sociale, intègre notamment les notions d'aide à domicile, l'organisation de la coordination sociale sur le territoire et met l'accent sur l'insertion des personnes âgées dans la société. Ce rapport fait également référence à l'ensemble des personnes âgées et non pas seulement celles qui sont économiquement faibles. Il fait parti des textes fondateurs de l'action sociale en direction de ce public.

En 1969, les centres d'informations départementaux pour personnes âgées sont créés. En 1971, les allocations logement pour les personnes âgées sont instaurées. En 1975, la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales et la loi d'orientation sur le handicap, est adoptée.

En 1980, est transmise une circulaire relative à la transformation des hospices. Elle fait suite à la loi de 1975 sur la transformation des hospices en maisons de retraite.

En 1982 et 1983 le gouvernement abaisse l'âge de la retraite. Elle passe ainsi de 65 à 60 ans. Le CRNPA et le CODERPA sont créés. La décentralisation de l'État est lancée.

La loi sur la mise en place de la PSD est votée en 1997 : les termes de dépendance et d'EHPAD apparaissent pour la première fois. L'année 1999⁴⁴ est déclarée « *Année internationale des personnes âgées* ».

Le déploiement des politiques publiques autour des personnes âgées et du grand âge s'accélère dès les années 2000. Cette année-là, est émise la circulaire relative aux CLIC et celle relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD. La loi sur l'APA⁴⁵ vient remplacer celle sur la PSD.

En 2002, la loi dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, appelée également « loi 2002-2 », a pour principal objet de replacer l'usager au centre des dispositifs d'interventions sociales et de renforcer leurs droits dans le cadre de leur prise en charge dans les établissements et services médico-sociaux. Ces éléments se traduisent notamment par la mise en place de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie⁴⁶, la création du CVS, le projet personnalisé... Elle fait également apparaître les obligations d'évaluations internes et externes dans un but d'adaptation de l'accompagnement au service de la personne. C'est de cette loi essentielle que s'appuie l'action sociale, encore aujourd'hui.

En 2003 est votée la loi sur la réforme des retraites, le programme « *bien vieillir* ». La même année, le premier plan canicule est mis en place en France. En 2004⁴⁷, la loi relative à la solidarité des personnes âgées et handicapées est votée : elle institue un dispositif de veille et d'alerte dans les départements qui doit permettre l'intervention des

⁴⁴ Année internationale des personnes âgées lancée le 1^{er} octobre 1998 au siège de l'ONU lors de la journée internationale des personnes âgées.

⁴⁵ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

⁴⁶ Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Arrêté du 08/09/2003.

⁴⁷ Loi promulguée le 30/06/2004 et publiée au JO le 01/07/2004.

services sanitaires ou médico-sociaux dans le cas de risque exceptionnel. Cette loi est surtout connue pour la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et de la journée de solidarité. C'est également cette année-là qu'est mis en place le premier plan Alzheimer (2004-2007).

Le plan solidarité grand âge de 2006, fait apparaître pour la première fois un « droit au répit » pour l'aidant familial qui n'a cependant pas de statut juridique propre. En 2008, dans le cadre du second plan Alzheimer, les MAIA sont créées.

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 qui doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé, se traduit par la création des ARS et par l'instauration des procédures d'appels à projet dans le secteur social et médico-social. L'État reprend finalement la main sur le développement du secteur et sur son financement notamment par la volonté de mettre en place la convergence tarifaire.

Les lois de ces dernières années sont également complétées par les plans Alzheimer qui ont permis, entre autres, la création de la CNSA⁴⁸ et des MAIA⁴⁹.

Les politiques publiques en direction des personnes âgées se sont orientées vers le développement d'une politique globale de la place des personnes âgées dans la société, saisie en particulier par le filtre de la dépendance.

1.2.2 Les dernières orientations des politiques publiques.

Les récentes orientations politiques sont marquées du sens donné au rôle et à la place des solidarités nationales et familiales au regard notamment des choix de rationalisation budgétaires.

Elles se distinguent également par la volonté de renforcer la prévention, notamment à destination des personnes souffrant de maladies neurodégénératives pour lesquelles le dernier plan engagé pour la période 2014 – 2019 est nommé « plan contre les maladies neurodégénératives » et non plus uniquement « plan Alzheimer ». Ces actions s'inscrivent dans le prolongement des politiques engagées depuis les années 2001 et 2004 avec le premier et le second plan Alzheimer. Ce nouveau plan cadre s'articule sur quatre axes stratégiques⁵⁰ :

⁴⁸ La CNSA est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire, assurer une mission d'information et d'animation de réseau, assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'autonomie, quels que soit l'âge et l'origine du handicap. Disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>

⁴⁹ Dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination. Les gestionnaires de cas des MAIA interviennent sur les cas complexes (isolement, conflits familiaux, refus d'aide) et doivent permettre de simplifier le parcours des personnes sur un territoire donné.

⁵⁰ Plan contre les maladies neurodégénératives, p 4, Disponible sur le site internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_PMND_18112014.pdf.

- 1) Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire.
- 2) Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne.
- 3) Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives.
- 4) Faire de la gouvernance du plan, un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie de santé.

Ce plan s'inscrit dans le prolongement des politiques de soutien à domicile, via le renforcement des modes d'accueils séquentiels, du soutien aux aidants, et de l'adaptation de l'habitat. Le PAERPA⁵¹ est expérimenté dans 9 ARS depuis septembre 2013, dont les Pays de la Loire. L'objectif de ce PAERPA est la fluidification des parcours des personnes âgées afin d'éviter les ruptures dans leurs prises en charge, en mettant l'accent sur les besoins de la personne et la coordination des établissements, services et des intervenants de la ville.

Pour les institutions, l'accent est mis sur le renforcement des coopérations et des mutualisations dans un objectif d'efficience. Cette dernière s'appuie également sur les évaluations internes et externes qui ont concerné de nombreux établissements entre 2013 et 2014 dans la perspective du renouvellement de leur autorisation⁵².

L'année 2014 est marquée par la publication du rapport PIVETEAU⁵³. Ce rapport met en avant le besoin pour les établissements et services d'adapter l'accompagnement au besoin *singulier des personnes avec l'élaboration d'une réponse « modulaire, multimodale »*. « *Bâtir une réponse, c'est partir du besoin et des attentes, autrement dit de la vie ordinaire. Et faire intervenir de manière adéquate, dans leur juste proportion, les accompagnements spécialisés qui sont nécessaires. Autrement dit, faire intervenir les prises en charge expertes avec toute la célérité nécessaire, mais de manière modulaire et dans un esprit permanent de subsidiarité*⁵⁴ ». Il invite également les autorités publiques à structurer les réponses au niveau des territoires. Le rapport rappelle également, que « *le travail d'accompagnement doit se faire au service du parcours de vie*⁵⁵ », ce qui fait écho au PAERPA.

⁵¹ Parcours de Santé des Aînés. Disponible sur le site internet : <http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

⁵² Les autorisations de fonctionnement sont délivrées pour une période de 15 ans. Les établissements autorisés en 2002 devront donc renouveler leur autorisation en 2017. L'évaluation externe doit avoir lieu au plus tard deux ans avant le renouvellement de ladite autorisation.

⁵³ Rapport PIVETEAU « *Zéro sans solution* ». PIVETEAU D, conseiller d'État, ancien directeur de la CNSA et ancien secrétaire des ministères sociaux. Disponible sur internet : www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution.pdf

⁵⁴ Rapport PIVETEAU, p 67.

⁵⁵ Rapport PIVETEAU, p 25.

En 2014, 2015 et 2016, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement⁵⁶ intervient sur différents points, qui vont de la question de la revalorisation de l'APA, à la création d'un droit au répit pour les aidants. Cette loi se déclinerait sur trois axes : « Anticiper, Adapter, Accompagner »⁵⁷. La notion d'anticipation est assez nouvelle, dans un système d'accompagnement et de soins français essentiellement articulé autour du curatif. Cette prévention, multiaxes, est envisagée dès le domicile des personnes fragiles. Cette orientation s'inscrit dans la continuité de MONALISA⁵⁸. La notion d'adaptation reprend la mise à niveau de l'habitat en lien avec les enjeux du vieillissement, avec la mise en place d'un plan national d'adaptation des logements. Associé à ce premier point, l'accent est également mis sur le développement de l'offre de l'habitat intermédiaire, de l'adaptation de la ville au vieillissement de sa population. Elle se décline également par la reconnaissance des droits citoyens de la personne âgée. La notion d'accompagner s'entend par l'amélioration de l'accompagnement des personnes fragiles ou en perte d'autonomie via la réaffirmation de leurs droits et libertés, par une réflexion sur la réduction du reste à charge pour les plus dépendants (GIR 1 à 4)⁵⁹, notamment en utilisant le levier de l'APA. L'accompagnement passe enfin, et pour l'une des premières fois, par le soutien aux proches et aux aidants familiaux avec l'instauration d'un droit au répit et par le développement des lieux de soutien. Cette mesure, est un premier pas dans la prise en compte de l'importance du rôle et des limites des solidarités familiales dans le soutien des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile.

L'ensemble de ces rapports, textes et projets démontrent bien les enjeux auxquels doivent faire face les politiques, les institutions et les citoyens vis-à-vis des modifications structurelles et économiques de la population.

Ces dispositions légales et réglementaires ne se traduisent pas uniquement sur le plan des aides financières spécifiques comme l'APA. Les solutions déployées, portées majoritairement par des organisations publiques ou privées, permettent la mise en place de services d'aide, d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

⁵⁶ Loi d'adaptation de la société au vieillissement qui devrait être effective au 1/01/2016 serait programmée au calendrier parlementaire à partir de la rentrée 2015. Propos de L. ROSSIGNOL, Secrétaire d'État chargée de la famille, disponible sur internet : <http://www.leparisien.fr/economie/maisons-de-retraite-le-gouvernement-va-mettre-en-place-un-comparateur-de-tarifs-28-02-2015-4565363.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.fr%2F>

⁵⁷ Source disponible sur le site internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces.770/personnes-agees-autonomie.776/dossiers.758/adaptation-de-la-societe-au.2971/>

⁵⁸ MONALISA, Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées. Disponible sur internet : <http://www.monalisa-asso.fr/>

⁵⁹ Explication du système de cotation AGGIR et détail classification des GIR en Annexe 1.

1.2.3 Les dispositifs institutionnels de l'hébergement, du domicile et de l'orientation.

Les dispositifs à destination des personnes âgées dépendantes sont aujourd'hui très diversifiés

Répartis sur le territoire, ces différents services doivent permettre d'apporter des solutions aux problématiques rencontrées par les personnes âgées. Force est de constater que les écarts de taux d'équipement sur le territoire, le montant du reste à charge et la coordination entre les différents services ne permettent pas toujours de répondre convenablement et de manière adaptée à toutes les situations.

Au-delà de ce constat, il est possible de présenter les différents services à destination de ce public par l'intermédiaire du schéma suivant, dans lequel je place volontairement la personne âgée au centre de cet environnement (Figure 1) :

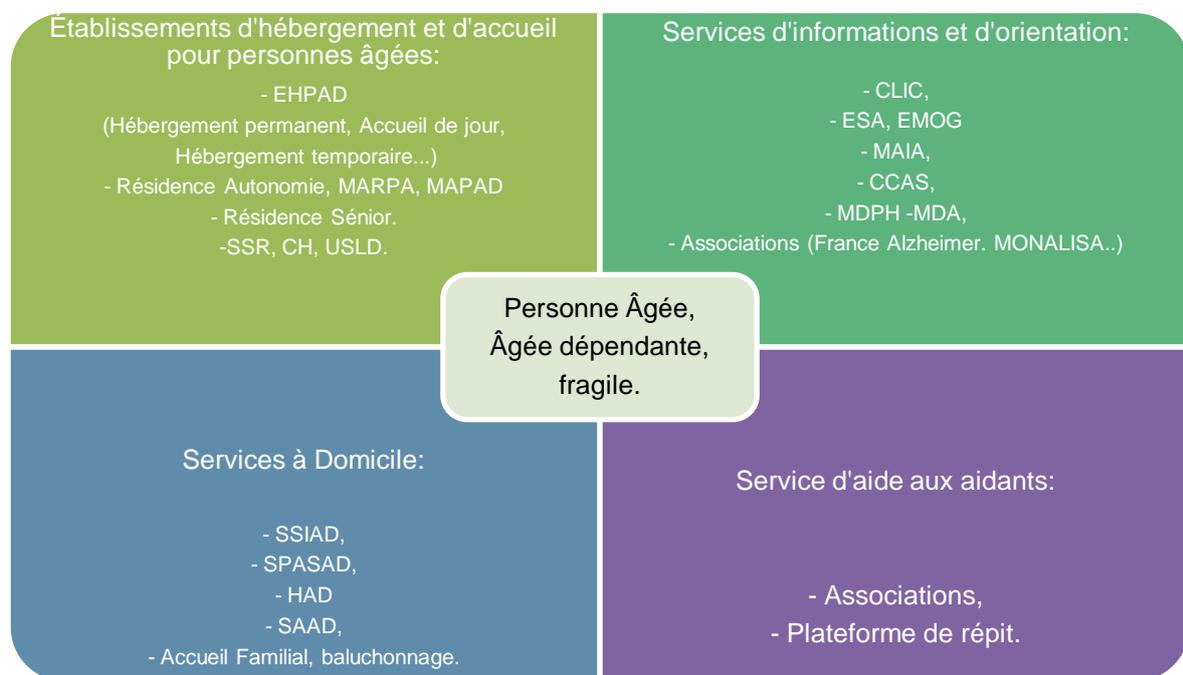


Figure 1 : Schéma des dispositifs d'accompagnements des personnes âgées et des aidants.

Bien que regroupés par nature, les services disponibles peuvent être sollicités et déployés en parallèle les uns des autres. Ils interviennent à des périodes différentes de la vie et de la trajectoire de la personne âgée, sur un modèle assez classique, du domicile vers l'institution. Cette trajectoire est intimement liée à l'évolution de l'autonomie de la personne âgée, lorsque l'ensemble des aides apportées à domicile ne permettent plus le maintien à domicile.

1.3 Les dispositifs de maintien et de soutien au domicile.

Dans la perspective des orientations politiques tournées vers le maintien ou le soutien à domicile, il me semble nécessaire de revenir sur ces différents services. L'objectif est ici

de synthétiser leur rôle et leur place dans la trajectoire des usagers et dans leurs liens avec les institutions de type EHPAD.

- Les SSIAD sont définis par l'article L312-1 du CASF aux points 6° et 7° du présent article. Ils ont été reconnus en tant que tels en 1981⁶⁰. A l'origine, ils n'intervenaient qu'auprès des personnes âgées de 60 ans et plus. C'est en 2004⁶¹ que ces services ont eu l'autorisation d'intervenir auprès des personnes handicapées. Leur mission est d'apporter à domicile, des prestations de soins aux personnes handicapées adultes et aux personnes âgées. Les soins infirmiers apportés peuvent être sous forme de soins techniques, de soins de base et relationnels. Par leur action, les SSIAD contribuent au soutien à domicile des personnes en évitant certaines hospitalisations. Ils permettent également de réduire les durées d'hospitalisation. Les SSIAD ont été intégrés aux plans Alzheimer, avec notamment la création de places renforcées afin de permettre l'accompagnement de personnes souffrant de maladies neurodégénératives.

- Les SAAD sont définis par l'article L 312-1 du CASF aux points 6° et 7° et par l'article D313-6. Ils interviennent dans le cadre du soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice de l'activité quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. « Ils assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article D. 312-1 ». Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale. « *La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8, notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions* »⁶².

- Les SPASAD sont définis par l'article L 312-1 du CASF aux points 6° et 7° et par l'article D313-7. Ils regroupent les SSIAD et les SAAD, et ils réalisent donc l'ensemble des missions, de manière coordonnée, propre à chacun des services.

- L'HAD est reconnu en France depuis 1970⁶³. En 1991⁶⁴-1992⁶⁵, les autorités le reconnaissent comme une alternative à part entière de l'hospitalisation classique. En

⁶⁰ Décret du 8 mai 1981 n° 21-448 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour les personnes âgées.

⁶¹ Décret du 25 juin 2004 n° 2004-613 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

⁶² Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005.

⁶³ Loi n°70-1318 du 31/12/1970 portant sur la réforme hospitalière.

2000⁶⁶, les HAD reçoivent l'autorisation de prendre en charge des personnes accueillies en EHPAD. En 2009 par la loi HPST, ils deviennent un mode d'hospitalisation à part entière. Enfin les HAD dépendent du secteur sanitaire et non du secteur médico-social. L'HAD permet aux personnes d'éviter certaines hospitalisations. Ces dernières sont des malades de tous âges, souffrant de pathologies chroniques, évolutives ou instables qui pourraient nécessiter leur hospitalisation dans un établissement de santé.

- L'accueil Familial est né au Québec dans les années 1985. Ce mode d'accompagnement est créé en 1989⁶⁷ en France. Il est réglementé par le CASF⁶⁸. Les modalités de réalisation de cette activité ont été modifiées par la Loi DALO de 2007 et par deux décrets de 2010⁶⁹. L'accueil familial consiste en l'hébergement d'une ou plusieurs personnes au domicile d'une personne agréée moyennant rémunération.

- Le baluchonnage est un mode d'accompagnement venant du Québec. Il est à destination tant des aidants que des personnes âgées elles-mêmes. Il permet en effet de prendre le relais des aidants, afin que ceux-ci puissent prendre un peu de répit, se reposer.

L'évolution, à la baisse du niveau d'autonomie des personnes âgées, l'épuisement des aidants, ou un aléa de la vie peuvent rendre impossible le maintien au domicile. C'est alors, de manière ponctuelle ou définitive, aux services d'hébergements de prendre le relais.

1.4 L'orientation des personnes âgées vers les établissements d'hébergement.

Les établissements pour personnes âgées sont de différentes natures et l'orientation des personnes se fait essentiellement à la mesure de leur dépendance. Autrement dit, c'est l'évaluation, de leur niveau de dépendance, mesurée par les professionnels via l'utilisation de la grille AGGIR qui définit leur orientation vers tel ou tel établissement. Ce raisonnement bien que réducteur, est malheureusement une image assez fidèle de la réalité.

⁶⁴ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière.

⁶⁵ Décret du 2 octobre 1992 n°92-1101 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

⁶⁶ Circulaire du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

⁶⁷ Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989.

⁶⁸ Articles L312-1-III, L 313-1, L 133-6, L 441-1, L 443-8, L 441-5.

⁶⁹ Décret n° 2010-927 du 3 août 2010 relatif à la procédure d'agrément et à la procédure d'accord des particuliers accueillant à titre onéreux des personnes âgées ou handicapées.

La DREES, dans une étude de 2006⁷⁰ met en avant le fait que près de 80% des personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible au domicile (personnel ou celui d'un proche). Une autre étude⁷¹ menée par le même organisme en 2013 indique que 63% des adultes interrogés n'envisagent pas eux-mêmes de vivre à l'avenir dans un établissement pour personnes âgées, ce chiffre étant en hausse de 10% par rapport à 2001. L'expression de ces chiffres est sans doute le reflet de l'image persistante des établissements en France, liés à l'histoire, et toujours envisagés comme des hospices⁷².

Bien conscient que la plupart des établissements pour personnes âgées d'aujourd'hui n'ont plus grand-chose à voir avec ceux d'antan, les paroles des résidents, à l'instar de la remarque suivante, illustrent la statistique précédente : « *C'est bien ici, on prend soin de moi, mais si mon fils veut bien me garder, je préfère rester chez lui* » Madame T. 89 ans.

Cette dame âgée et accueillie en hébergement temporaire au sein de l'établissement, habite depuis quelques années au domicile familial de son fils. Le lien à la famille et la préférence pour son habitat familial est marqué. Elle n'est cependant pas à son domicile d'origine, mais le repère familial, émotionnel et relationnel semble se substituer à ce fait.

Dans ce contexte se pose alors la question du choix d'entrer en établissement et des mécanismes associés à cette entrée sur le plan personnel, familial et économique. Cette entrée en établissement apparaît souvent comme le dernier recours.

1.4.1 La question de la limite et des risques du maintien au domicile.

La question du soutien au domicile d'une personne interroge sur l'acceptabilité de son maintien à domicile, d'un point de vue médical, social, sanitaire et de sa propre sécurité.

Pour B. ENNUYER, ce n'est pas l'état de santé qui pose les limites du maintien au domicile, en tout cas ce n'est pas la première limite. Il ne s'agit pas non plus du logement et de son aménagement qui resterait une cause assez limitée. La première barrière serait essentiellement le manque d'argent des personnes. Je compléterai cette remarque en mettant également en avant la complexité d'accession aux aides du type APA et aides sociales, particulièrement pour les personnes âgées fragiles isolées.

La seconde approche posée par M. BILLE⁷³, qui peut sans doute être associée à la première remarque, est de se demander non pas quoi, mais qui ? Il s'interroge donc plus sur qui pose les limites du maintien au domicile. Est-ce la famille, sont-ce les

⁷⁰ Drees, *Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005*, Etudes et résultats n° 491, mai 2006. Eléments repris dans le rapport : « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie », 2011, disponible sur le site internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_gt3_final_2011_06_17.pdf

⁷¹ Disponible sur le site internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss57.pdf>

⁷² BILLÉ M, Sociologue, Président de L'UNIORPA 2009, *Choisit-on d'entrer en établissement pour personnes âgées ?*, UNIORPA, Édition l'Harmattan. pp 56-57

⁷³ BILLÉ M, 2009, *Choisit-on d'entrer en établissement pour personnes âgées ?*, UNIORPA, Édition l'Harmattan, p 54.

professionnels institutionnels ? Quelle est la capacité de la personne âgée fragile à résister aux éventuelles pressions de son entourage et des professionnels, au regard des attendus spécifiques de chacun de ces acteurs. La famille peut être à la recherche de sécurité pour son parent, en estimant qu'il n'est plus assez vivace pour vivre seul à son domicile. Le médecin généraliste ou le SSIAD peut rechercher une sécurité dans l'accompagnement de la personne âgée, suite à un souci de santé, ou à une interprétation stricte de l'autonomie par l'outil AGGIR.

Il est également possible de schématiser⁷⁴ les besoins des personnes quelles qu'elles soient, qui limitent le maintien au domicile (Figure 2) : ce schéma présente le système des besoins stables, des personnes et des proches favorisant le maintien à domicile.

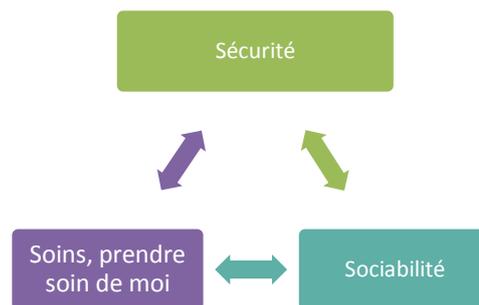


Figure 2 : Schéma des besoins de la personne.

Il semble alors que la perte ou la remise en cause trop fréquente d'un de ces éléments pose la question de la limite du domicile. L'aspect de la mise en danger est d'ailleurs souvent exprimé pour une entrée en établissement, avec l'exemple classique de la chute à domicile de la personne âgée.

Finalement, l'admission en établissement et particulièrement en hébergement définitif demeure souvent une entrée non réellement programmée, et non choisie avec un sentiment de placement, d'exclusion. Dans le prolongement de cette remarque, l'entrée en établissement se réalise une fois que l'on a épuisé toutes les ressources possibles pour rester à domicile. Elle peut également intervenir du fait de la méconnaissance et/ou de l'absence des dispositifs du domicile et accueils intermédiaires qui existent sur le territoire où vit la personne.

Les risques et les limites du maintien au domicile posent alors la question de l'accompagnement à mettre en place, en réponse aux besoins de la personne.

1.4.2 La question de l'accompagnement.

L'accompagnement est le qualificatif de l'action de l'ensemble des professionnels du secteur médico-social auprès des différents publics.

⁷⁴ Schéma proposé par ENNUYER B, Intervention du 12/07/2015 à l'Université de Nantes,

Le dictionnaire⁷⁵ le définit par « *l'action d'accompagner, ce qui accompagne* ». Il peut être complété par l'idée de servir de protecteur ou de guide à une personne. Le terme d'accompagnement trouve ses racines dans la langue latine, avec une traduction qui serait « celui qui mange le pain avec ». L'accompagnement amène le mot compagnon qui suggère une certaine proximité, être à côté de, ne pas faire à la place de... Il trouve ses origines dès le XVIII^{ème} siècle.

Un autre sens de l'accompagnement apparaît dans le « *contrat social* » de J-J. ROUSSEAU. Dans ce texte, l'accompagnement serait un rapport d'échange entre la personne et la société. Ce serait finalement le prolongement des solidarités nationales et familiales. Pour R. BRIZAIS⁷⁶, l'accompagnement se définit « *par le fait pour l'intervenant de s'offrir comme point d'appui du sujet* ». Ce terme d'accompagnement, apparu dans le secteur médico-social dans les années 1985-1995, s'est finalement substitué aux termes de prise en charge, de suivi, d'aide. Il précise la portée individuelle, liée à la personne accompagnée, avec la prise en compte de l'expression de ses propres besoins dans la construction de son accompagnement. Cette approche diffère de la notion de prise en charge qui s'adresse à un groupe d'individus, et impliquant la notion de faire à la place de...

B. ENNUYER⁷⁷ complète la définition avec une traduction de « accompagner » qui signifie « aller vers pour partager le pain ». Il y aurait à travers ce mot une idée de médiation et de besoin d'un tiers et la notion de confiance entre les personnes.

Ces approches permettent de valider la construction de l'accompagnement à travers plusieurs acteurs organisés, le choix des modalités de leurs échanges, ce choix devant être consensuel à condition que chacun y trouve un intérêt, et que l'entente entre les acteurs soit raisonnée et pensée en intelligence commune. L'accompagnement suppose l'absence de lien hiérarchique et l'expression de la personne accompagnée. Cependant pour qu'il y ait expression, il est nécessaire qu'elle accepte d'être aidée et puisse avoir un moyen d'expression, la possibilité de se faire comprendre. L'accompagnement n'est pas de l'assistantat⁷⁸.

L'accompagnement est finalement très transversal et met en avant le lien entre la personne qui aide (l'aidant) et la personne aidée. J'ajoute que l'aidant peut également avoir besoin d'accompagnement, de soutien, tout comme la personne aidée.

L'accompagnement peut être tantôt social, médical, psychologique, matériel, partiellement ou tout à la fois, associé à la définition des aidants familiaux/ proches et les

⁷⁵ Disponible sur internet : <http://atilf.atilf.fr/>

⁷⁶ Maître de conférences en Psychologie sociale HC.

⁷⁷ ENNUYER. B, *L'accompagnement, une notion contemporaine*, p 2, disponible sur internet : http://leroymerlinsource.fr/wp-content/uploads/2009/12/images_LMS_pdf_travauxcorr_place_des_aidants_vd_0111.pdf

⁷⁸ PERSONNE M et VERCAUTEREN R, 2009, *Accompagner les personnes âgées fragiles*, p 16.

professionnels. La pertinence de l'accompagnement dépend en partie, de la reconnaissance et de l'acceptation de la personne de sa perte d'autonomie.

1.4.3 La question du choix et du consentement des personnes.

À la lumière des chiffres présentés au point 1.4, peut-on imaginer que l'entrée en institution, particulièrement quand elle a vocation à être définitive, soit un choix ? Cette décision, lourde de sens pour la personne qui s'oriente vers l'entrée en établissement, peut également être marquée par l'émergence de tensions au sein de la famille, avec les parents et la fratrie. Les attendus, lors d'une entrée en établissement, peuvent être très différents en fonction de la place de chacun des protagonistes.

L'exemple de Mme R.G, 64 ans, retraitée, qui nous parle de la situation de sa maman, illustre cette différence d'attendus, et finalement les tensions qui en résultent : « *Je suis rassurée de savoir ma maman en établissement. Elle, elle veut sortir le plus vite possible, moi je voudrais bien qu'elle y reste* ». Cette parole est recueillie au moment où, suite à une hospitalisation prolongée, la mère a été accueillie en maison de retraite en séjour temporaire. L'objectif était de reprendre des forces suite à cette épreuve de vie, alors que la personne concernée aspirait à un retour au domicile. L'entrée en établissement rassure une partie des proches qui la savent en sécurité, et qui amène vraisemblablement au souhait de voir son parent rentrer en établissement.

On ne peut cependant pas exclure que l'admission peut être choisie. Cette entrée en structure de type Résidence Autonomie (anciennement Logements Foyers) est un choix pour certains, choix qui leur permet de répondre aux besoins de sécurité et de confort qu'ils ne pouvaient avoir chez eux. Cette décision peut être également motivée par la perte d'un proche ou tout simplement de manière à conserver une certaine indépendance vis-à-vis de la famille et des enfants. Ce souhait de conserver son autonomie éviterait de déclencher des mécanismes de solidarités familiales trop lourdes, identifiés par M SEGALEN comme « *l'enfer des solidarités*⁷⁹ ».

En ce qui concerne plus spécifiquement les entrées en EHPAD, mais la remarque peut s'appliquer également aux autres modèles, l'orientation et le choix d'entrée en établissement peuvent être plus un choix de la famille soumis à des contraintes géographiques, professionnelles ou familiales, qu'un choix propre de la personne âgée placée. Se pose alors toute la difficulté du libre arbitre, du consentement et de l'acceptation pour la personne d'intégrer ce type d'établissement, qui sera potentiellement son dernier domicile. Cette acceptation est d'autant plus difficile à conduire, qu'elle induit un bouleversement profond de la conception de la vie envisagée par la personne. Elle s'accompagne enfin d'une nécessité de faire le deuil de la perte de son droit d'expression

⁷⁹ SEGALEN M, 2002, *Le nouvel esprit de famille*, Edition Odile Jacob, Paris, p 116.

vis-à-vis de ses proches, de la perte de son domicile, de ses relations, de ses affaires et in fine de ses souvenirs accumulés pendant toute sa vie.

Dans le prolongement de ces éléments, l'entrée en institution de type EHPAD, en hébergement définitif, apparaît comme un pis-aller et revêt une connotation particulière, celle du tout dernier domicile pour la personne âgée. L'hébergement temporaire prévoit au contraire des objectifs différents, en offrant une solution ponctuelle d'hébergement, programmable et un retour à domicile comme finalité du séjour.

1.5 L'hébergement temporaire : un mode d'accueil particulier pour les personnes âgées dépendantes et leurs aidants.

Les modes d'accueils proposés par les établissements et à destination des personnes âgées sont diversifiés et portés par des structures de nature différente en fonction, notamment, de la dépendance. Je ressors deux grandes « familles » d'accueil que je décompose de la manière suivante :

- Les hébergements de type internat : hébergement permanent, hébergement temporaire,
- Les accueils et accompagnements sans hébergement de nuit, comme l'accueil de jour, le PASA.

Cela distingue alors les hébergements dits « complets » des accueils à la journée, parfois qualifiés d'externat.

Sur le point plus particulier des hébergements complets, l'hébergement temporaire, par sa conception et sa finalité, diffère largement de l'hébergement classique proposé par les institutions tant par son pilotage que dans la finalité de l'accompagnement. Sa vocation temporaire, ponctuelle, est responsable de ce positionnement particulier. Cet accueil, comme l'hébergement permanent, est défini par la loi 2002-2, article 12 : « *Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.* ». Il est complété par l'article D312-8 du CASF⁸⁰ : « *Il L'accueil temporaire mentionné à l'article L312-1 du CASF s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.* ». « *Il L'accueil temporaire vise à développer ou à maintenir les acquis et*

⁸⁰ Décret n°2004-231 du 17 mars 2004. Disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.

l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale [...] L'accueil temporaire vise d'une part à organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou de réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence. Il vise d'autre part à organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions de professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement de la prise en charge. ».

L'hébergement temporaire se positionne alors comme une solution d'accueil transversal au domicile (foyer) et à l'établissement, dont la vocation première est de permettre le retour au domicile (chez soi) des personnes accompagnées. Elle est pour ma part une solution de relais dans la trajectoire des personnes, et j'intègre ici les personnes accueillies comme les aidants familiaux. Ce mode d'accueil nécessite la mise en place d'un accompagnement particulier dispensé par les équipes et les institutions, orienté en priorité sur le maintien et le renforcement de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne que l'on effectue à domicile. C'est de tendre vers un vivre en établissement comme à domicile, en limitant, autant que possible, les effets contraignants du collectif sur les habitudes de vie de la personne âgée accueillie.

1.5.1 Une réponse en amont pour limiter les effets de rupture dans la trajectoire de la personne et de sa famille.

L'hébergement temporaire apparaît comme une solution aux problématiques rencontrées par la personne ou les aidants. Dans le cadre d'une situation programmée d'hospitalisation par exemple, l'hébergement temporaire trouve toute sa place dans la logique d'une solution ponctuelle avec pour objectif le retour au domicile de la personne accueillie. Elle offre la « tranquillité d'esprit » pour la personne hospitalisée face à la prise en charge de son conjoint ou de son parent, et permet d'assurer un accompagnement adapté à la personne accueillie en établissement. Cette réponse repose également sur l'articulation entre les partenaires

1.5.2 Une solution d'urgence pour faire face aux aléas familiaux et de santé.

Les aléas de la vie sont susceptibles de créer un phénomène de rupture dans l'existence de la personne⁸¹. Si je prends l'exemple de l'hospitalisation du conjoint ou de l'aidant, et particulièrement si elle intervient subitement, l'hospitalisation de la personne âgée aidée

⁸¹ Notion de « rupture » repris de l'ouvrage « *Accompagner les personnes âgées fragiles, formes et sens de l'accompagnement* », PERSONNE M, VERCAUTEREN R, 2009, Eres, Toulouse.

est bien souvent nécessaire en parallèle, faute de solution ou par méconnaissance des modes d'hébergements temporaires⁸² existants. Dans ce cadre, quel est le bénéfice ou plutôt le danger pour la personne âgée concernée, avec un accompagnement qui peut être totalement inadapté. Dans ces choix d'accueil, je n'exclue cependant pas l'influence de la tarification et du reste à charge pour les personnes : ils sont en effet très différents et ne relèvent absolument pas de la même prise en charge financière au contraire de certains pays européens comme l'Italie ou l'Espagne⁸³. Pour ces deux pays, et respectivement pour Rome et Barcelone, le panier de service (prestations en nature) financé par les autorités compétentes sur la base de la perte d'autonomie, intègre la prise en charge d'un hébergement temporaire. C'est dans ce cadre, que l'hébergement temporaire, et plus particulièrement l'accueil d'urgence, joue un rôle important dans la continuité des parcours des personnes, ou en tout cas dans l'évitement des ruptures de parcours.

1.5.3 Un rôle important dans le soutien des personnes au domicile.

Dans la continuité des orientations formulées dans les deux points précédents, le rôle de l'hébergement temporaire est donc tourné essentiellement vers le soutien des personnes à domicile. Dans cette optique, il offre des possibilités de temps de répit pour les aidants familiaux⁸⁴, qui peuvent alors confier leur proche pendant quelques jours ou plus. Cet accueil peut donc servir à prévenir l'épuisement de l'aidant qui est principalement le conjoint ou, à défaut, les enfants⁸⁵. L'épuisement traduit, entre autres, la souffrance morale et psychologique de l'aidant face à la maladie, au sacrifice de son propre temps, de ses proches pour aider la personne dépendante, le sentiment d'isolement social⁸⁶. Ce mode d'hébergement, peut également servir à pallier le temps nécessaire à l'adaptation du logement d'une personne en vue de son retour au domicile. Il peut de plus être le relais d'une hospitalisation pour les personnes qui ne peuvent pas immédiatement retourner au domicile. Cet accueil s'accompagne alors plus particulièrement de la mise en place, de l'organisation et de la coordination des acteurs du domicile en vue du retour de la personne. Ce point fait ressortir les contraintes en termes de proximité des places sur

⁸² Orientations des personnes recueillies lors des entretiens menés auprès des professionnels du territoire et des directeurs et représentants d'institutions.

⁸³ HAL, DREES 2002, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède*. 13 p, disponible sur internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00202009/document>

⁸⁴ Droit de répit des aidants qui apparaît pour la première fois dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Volet 3, point 2.1

⁸⁵ DREES, 2011, Études et résultats, *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, N° 771, p 4, disponible sur le site internet : <http://www.aidants.fr/images/stories/fondsdoc/etudesDREES/er771.pdf>

⁸⁶ UDAF 49, 2009, *Pour un renforcement du soutien aux aidants*, pp 25 - 63, disponible sur internet : http://www.alta-com.com/UDAF/documents_actus/Etude_version_finale.pdf

les territoires, mais également le rôle de coordination qui doit être porté par les gestionnaires de ces places. Toujours dans le cadre du soutien au domicile, l'hébergement temporaire peut offrir un temps de répit pour la personne elle-même, par exemple lors des périodes hivernales où la fatigue peut être plus importante et le confort limité du logement.

Conclusion de la première partie.

L'évolution des personnes âgées et de leur niveau de dépendance vient questionner les équilibres entre les systèmes de solidarités nationales et familiales.

Dans le prolongement de politiques publiques orientées vers le soutien au maintien au domicile des personnes âgées dépendantes, le plus longtemps possible, et en parallèle des attentes de ce public qui va dans le même sens, les solutions ponctuelles d'hébergement émergent.

C'est dans une volonté de soutenir le maintien au domicile que s'inscrit l'hébergement temporaire. Il apparaît comme un service d'accompagnement double, qui s'adresse tant aux personnes âgées en perte d'autonomie qu'aux aidants proches.

L'hébergement temporaire fait l'objet aujourd'hui de nouvelles interrogations portées par les autorités de contrôle et de tarification de la région des Pays de la Loire. Ce territoire, où sont implantés les deux établissements que je dirige, fait l'objet d'une réflexion autour du devenir des places d'hébergements temporaires pour les établissements structures disposant aujourd'hui de ce mode d'accueil.

Un des deux établissements que je dirige dispose de deux places d'hébergements temporaires. L'orientation suggérée par les autorités est marquée par la volonté de regrouper ces places sur des pôles avec un nombre compris entre 7 et 15, pour une meilleure visibilité sur le territoire. Cette restructuration de l'offre est envisagée et avec un financement à moyens constants par le redéploiement de places d'hébergements permanents en hébergements temporaires.

À l'heure d'une stratégie de politiques publiques orientées vers l'accompagnement des personnes âgées favorisant leur maintien au domicile, ce mode d'accueil apparaît alors comme un réel levier, à condition de s'articuler avec l'ensemble des acteurs du territoire, dans une logique de proximité et bien sûr en réponse aux attentes des personnes âgées dépendantes et des aidants.

2 L'hébergement temporaire : un dispositif piloté par un établissement inscrit sur le territoire, en soutien au maintien du domicile.

L'association Pôle Ligérien Les Moncellières est mue par la volonté de répondre aux différents besoins des personnes âgées du territoire. L'interrogation portée par les autorités de contrôle et de tarifications me permet de faire le point sur le fonctionnement de l'accueil temporaire existant dans un des deux établissements que je dirige. Ce questionnement m'amène à évaluer les besoins des personnes concernées par ce type d'accueil, en lien avec l'ensemble des services intervenant sur notre secteur. La présentation des établissements introduira les consultations menées sur le territoire et dans les établissements et réalisées avec le souci permanent de répondre aux besoins des publics.

2.1 L'association Pôle Ligérien Les Moncellières.

L'association Pôle Ligérien Les Moncellières est une association loi 1901. Créée en 2005, elle est issue du rapprochement des deux associations Le Ménardeau et Saint Gabriel implantées sur la commune du Fresne-sur-Loire, à l'extrême Est du département de la Loire-Atlantique⁸⁷, à la frontière du Maine-et-Loire. Jusqu'en 2013, ladite association gérait un seul établissement, situé sur la même commune et construit suite au rapprochement des structures d'origine. Au 1^{er} janvier 2014, l'association reprenait un second établissement, situé sur une commune voisine de 15km, à Belligné, toujours en Loire-Atlantique. L'association gère donc aujourd'hui deux EHPAD qui représentent à eux deux 143 places d'hébergement.

Les deux établissements intègrent le territoire de la Communauté de Communes du Pays d'Ancenis. La COMPA⁸⁸, située à l'est de la Loire-Atlantique, est composée de 29 communes et dénombre une population d'environ 63100 habitants.

L'association a pour mission⁸⁹ d'accompagner les personnes âgées dépendantes et /ou en risque de perte d'autonomie sur son territoire. Cette mission se décline de la manière suivante :

- *« Construire et réaliser des parcours de vie des personnes âgées au regard de leurs choix, leur mode de vie et de leur entourage en proposant selon leurs besoins, des passerelles entre le domicile et l'établissement pour une continuité de parcours.*

⁸⁷ Cartographie du territoire présentée en Annexe 2

⁸⁸ Communauté de Communes du Pays d'Ancenis.

⁸⁹ Déclinaison des objets de l'association, énoncés dans le projet associatif.

- [...]accueillir et accompagner les personnes fragilisées par l'âge et la perte d'autonomie dans le respect et la dignité.

- Assurer l'accueil des personnes âgées sur les deux résidences en donnant une priorité aux habitants des communes environnantes.

- De répondre à tous les besoins qui pourraient s'exprimer sur le territoire en lien avec l'objet de l'association par la création de nouveaux services ».

L'accompagnement de ces personnes s'appuie sur des modes d'accueil diversifiés mais complémentaires avec des places d'hébergements permanents, d'accueil de jour et d'hébergements temporaires. La plateforme de répit, qui assure un rôle spécifique de soutien et d'écoute aux aidants et aux familles, vient compléter l'offre d'accompagnement. Le projet d'établissement des Moncellières, établissement historique, ajoute la notion de « Ensemble vivons bien » qui se traduit d'une part, par l'intégration des personnes, quel que soit leur niveau de perte d'autonomie au sein des différentes allées qui composent l'établissement et, d'autre part, par la capacité à accueillir l'autre (familles, amis, bénévoles) au sein de la maison pour conserver et renforcer les liens sociaux. Ces éléments serviront de points de repère dans la réflexion menée dans ce mémoire. Ces valeurs défendues en interne, je les transpose également en externe avec l'influence de la notion d'« ensemble⁹⁰ » vis-à-vis des professionnels et des partenaires.

2.1.1 L'EHPAD Les Moncellières.

L'établissement des Moncellières, implanté sur la commune du Fresne-sur-Loire, est situé aux confins du département de la Loire-Atlantique en zone à dominante rurale, à la limite du département du Maine-et-Loire. Cette particularité géographique offre un rayonnement singulier de l'établissement sur les deux départements. Elle se retrouve dans la dualité des provenances géographiques des personnes accompagnées par l'ensemble des dispositifs de l'établissement. Cette situation entraîne également une multiplication des interlocuteurs des deux départements, notamment au niveau des Conseils Départementaux⁹¹.

L'établissement des Moncellières est l'établissement d'origine de l'association. Construit en 2005, le bâtiment est architecturé en six petits lieux de vie d'une quinzaine de places chacun. Ils s'organisent en petites allées rejoignant une allée centrale entourant le jardin

⁹⁰ Dans la définition du mot ensemble : « L'accent est mis sur l'idée de coexistence dans l'espace suggéré ou postulé par le verbe ou tel autre élément de contexte. L'un avec l'autre, les uns avec les autres, de manière à former une unité enveloppante ou groupante ». Cette définition éclaire sur l'orientation de la mission associative. Définition disponible sur internet : <http://atilf.atilf.fr/>

⁹¹ Anciennement les Conseils Généraux, dénomination modifiées par la Loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, et modifiant le calendrier électoral. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/5/17/INTX1238496L/jo/texte>

thérapeutique et ils sont agencés avec 3 salles de repas. Par cette conception, nous avons cherché à recréer la structure d'un village organisé en petites rues autour de la place centrale⁹².

L'établissement a obtenu son autorisation de fonctionnement par arrêté du 9 juin 2005 pour une capacité de 91 places dont deux places d'hébergements temporaires pour les personnes désorientées par transfert des autorisations des deux anciens établissements. Elle vaut habilitation à l'aide sociale. La convention tripartite de première génération est signée au 1er octobre 2005 : l'établissement obtient le statut d'EHPAD.

Un travail d'évaluation est mené en 2008 lors du lancement de la démarche qualité sur le référentiel AFNOR NF X50-058.

Par arrêtés des 29 et 30 septembre 2008 l'établissement obtient l'autorisation de créer de 5 places d'accueil de jour. Dans la continuité des actions de diversification des modes d'accueil, une extension de deux places supplémentaires d'accueil de jour est accordée en 2009.

En parallèle, un projet PASA est déposé aux autorités de tarification. Il sera retenu par l'ARS en décembre 2010.

Le renouvellement et la signature de la convention tripartite de deuxième génération intervient en juin 2012. En novembre 2012 est signée la convention relative à la mise en œuvre d'une plateforme d'accompagnement et de répit.

L'année 2013 sera marquée par la livraison de l'extension accueillant le PASA et de l'accueil de jour.

À ce jour, l'établissement Les Moncellières dispose de 89 places d'hébergements permanents, de 2 places d'hébergements temporaires, d'un accueil de jour de 10 places, un PASA de 14 places ainsi qu'une plateforme de répit⁹³ à destination des aidants. Cette évolution des services s'inscrit dans une logique de réponses aux besoins du territoire et sur des modes d'accueil tournés vers le soutien au domicile, dans le prolongement de la dynamique impulsé par les pouvoirs publics.

2.1.2 L'EHPAD Au fil des Jours de Belligné

L'établissement Au Fil des Jours de Belligné est le second établissement de l'association. Il est repris au 1^{er} janvier 2014, dans un contexte de redressement de l'établissement et une mise sous administration provisoire par les autorités de contrôle et de tarification. L'établissement se situe sur la commune de Belligné, distante de 15 km au nord du Fresne-sur-Loire dans le département de la Loire-Atlantique. Son autorisation de fonctionnement est de 52 places d'hébergement permanent.

⁹² Présentation du plan du bâtiment en Annexe 3

⁹³ Plateforme d'accompagnement et de répit, développée dans le cadre des plans Alzheimer et financé par la CNSA.

L'association de Bienfaisance est créée en 1952 sous le statut d'association loi 1901 à but non lucratif non reconnue d'utilité publique. Cette association reprend l'établissement créé en 1868. Elle a pour objet l'accueil des personnes âgées de la commune. Des travaux sont engagés dès 1957. Ils ont pour objectif d'améliorer le confort des lieux et d'augmenter la capacité d'hébergement. La médicalisation de l'établissement s'est fait progressivement, avec le déploiement de 13 lits en 1986.

Une action de mise aux normes des chambres est menée en 1990. Elle se poursuivra jusqu'en 2011, avec notamment la mise aux normes de cuisines et la mise en place des systèmes informatiques.

Les années 2012 et 2013 seront principalement marquées par des turbulences au niveau de la gouvernance de l'établissement. En décembre 2013, commence le processus de reprise de l'établissement par l'association des Moncellières. En Janvier 2014, la fusion absorption de l'association de Bienfaisance au profit de l'association Les Moncellières est actée.

Cet établissement, au regard de l'évolution des politiques publiques, apparaît comme ayant eu des difficultés à diversifier son offre d'accompagnement, conservant uniquement des places d'hébergements complets. Sa reprise par le Pôle Ligérien Les Moncellières aura pour objet de donner une nouvelle dynamique à cet établissement et aux équipes.

2.1.3 Le public accueilli dans les établissements.

Le statut EHPAD des établissements est caractérisé par leur mission d'accueil des personnes âgées dépendantes ou dites fragiles.

Les résidents accueillis⁹⁴ aux Moncellières sont au nombre de 91. Quant à la provenance géographique des personnes, il y a un strict équilibre entre les personnes venant du département de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire⁹⁵. L'âge moyen des personnes accueillies est de 87.5 ans, pour un âge moyen national de 85 ans⁹⁶. On dénombre 73 femmes pour 18 hommes. La durée moyenne de séjour est de 5 ans.

A titre indicatif, la durée moyenne de séjour en France dans les EHPAD est de 3,81 ans⁹⁷. Le GIR Moyen Pondéré (GMP⁹⁸) est à 623,19⁹⁹ pour un Pathos Moyen Pondéré (PMP¹⁰⁰) de 168.

⁹⁴ Éléments arrêtés au 31/12/2014 pour les deux sites Les Moncellières et Au fil des jours.

⁹⁵ Éléments basés sur le domicile de secours.

⁹⁶ Résultats de l'enquête ANSEM, Repris par l'ARS Pays de la Loire, Accompagnement personnalisé en EHPAD. Avril 2011. Disponible sur le site : http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/medico-social/accompagnement_en_ehpad_2011.pdf

⁹⁷ Observatoire EHPAD 2014 KPMG, p 34. Disponible sur le site internet : <https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

Pour l'établissement Au Fil des Jours de Belligné, la moyenne d'âge des 52 résidents est de 86 ans et la durée moyenne de séjour de 3,28 ans. Le GMP est à 578.15 et le PMP est à 167.

Concernant le niveau du GMP et PMP, à titre de comparaison, la CNSA, lors de son étude sur les EHPAD présenté lors de son conseil extraordinaire le 15/10/2013, rapporte un GMP national de 717 et un PMP à 198. Cet écart important suggère l'accueil de personnes moins dépendantes et nécessitant moins de soins dans les établissements de l'association. Il est à relativiser, si l'on rapproche les chiffres de la CNSA avec ceux du cabinet KMPG, qui avance, pour les EHPAD privés non lucratifs, un GMP moyen de 638 et un PMP de 169.

2.1.4 Les équipes de l'établissement et le mode d'organisation.

Mon poste de directeur est partagé entre les deux établissements, sur une équivalence de 60% du temps au Fresne-sur-Loire et de 40% à Belligné.

L'établissement Les Moncellières¹⁰¹ dispose d'une coordinatrice de soins et de vie sociale et d'une équipe administrative composée de 5 personnes, en lien direct avec la direction, avec une responsable chargée de la qualité, de l'intendance et de l'hygiène, une coordinatrice de vie sociale et d'animation, un poste RH, un comptable et une secrétaire d'accueil.

L'établissement Au Fil des Jours¹⁰² s'organise autour d'une direction adjointe, avec un pôle administration (comptable, personnel d'accueil) un pôle soin, et un pôle restauration (cuisine interne).

Chacun des établissements dispose d'équipes pluridisciplinaires : ergothérapeute, IDE, AS, ASH, AMP, Psychologue. Il n'y a pas actuellement de croisement de personnel entre les établissements (type mise à disposition), hormis le médecin coordonnateur, même si des échanges sur les pratiques professionnelles existent. Les modes de fonctionnement des équipes sont différents, lié à la différence de configuration architecturale des deux EHPAD : les équipes sont organisées par allées aux Moncellières et elles sont fixes. A contrario, l'organisation Au Fil des Jours est plus libre avec du personnel organisé en roulement hebdomadaire sur les différents secteurs. Ce mode de fonctionnement sur le

⁹⁸ GIR Moyen Pondéré. GIR correspondant à Groupe Iso Ressource. Détermine la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Disponible sur le site internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final-Pathos-MEP-BAT.pdf , p 7.

⁹⁹ Budget 2015.

¹⁰⁰ Pathos Moyen Pondéré : indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des poly-pathologies dans une population donnée. Disponible sur le site internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final-Pathos-MEP-BAT.pdf , p 10.

¹⁰¹ Organigramme des « Moncellières » présenté en Annexe 4.

¹⁰² Organigramme de « Au fil des Jours » présenté en Annexe 5.

site de Belligné est encore au travail aujourd'hui, avec une volonté de réorganiser les équipes dans une organisation plus respectueuse des besoins des résidents.

Le personnel des Moncellières représente 57 ETP pour 27.39 ETP Au Fil des Jours. Ces éléments sont arrêtés au 31 décembre 2014.

2.1.5 Le réseau de l'association.

L'association Pôle Ligérien Les Moncellières a su, via sa direction, mais également ses équipes et ses administrateurs, développer le partenariat et le réseau. Ce travail permet une inscription forte et une reconnaissance des établissements sur leur territoire. Les partenariats et réseaux¹⁰³ s'appuient, entre autres, sur les structures institutionnelles (SSIAD, CH, SAAD, SSR, CLIC), les professions libérales (médecins généralistes, kinés, pharmacies), les bénévoles et les mouvements associatifs représentatifs du secteur (associations locales, écoles).

2.2 Le dispositif d'hébergement temporaire dans nos établissements.

Dans le cadre de la consultation lancée par les autorités sur le devenir des places d'hébergement temporaire de mon association, et plus particulièrement des deux places autorisées de l'EHPAD du Fresne-sur-Loire, j'ai engagé un diagnostic complet sur le fonctionnement de ce mode d'accueil. L'objectif est de vérifier notre capacité, à formuler une réponse adaptée aux besoins du public, dans le cadre d'une augmentation de places temporaires, via la transformation d'un certain nombre de nos places d'hébergements permanents en places d'hébergements temporaires, et ce, sur les deux établissements. Dans l'idéal, ce travail sera réalisé en partenariat avec d'autres structures du territoire.

2.2.1 Légitimité des places d'hébergement temporaire dans les établissements.

Aujourd'hui, seul l'établissement Les Moncellières dispose de deux places d'hébergements temporaires. La stratégie menée par la direction de cet établissement, depuis sa création et en cohérence avec le projet associatif, a permis de développer des alternatives au tout établissement. Elle se traduit par l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, le PASA ainsi que la plateforme de répit.

Les passerelles entre les dispositifs existent, même s'ils sont en mesure d'être largement renforcés, par la possibilité du maintien de l'accueil de jour, par un repérage en amont des situations pendant le séjour temporaire et via la plateforme de répit. Dans l'objectif de fluidifier les parcours des personnes, l'équipe cadre¹⁰⁴ et l'équipe IDE travaillent avec la

¹⁰³ Schéma des partenariats et des réseaux présenté en annexe 6.

¹⁰⁴ L'équipe cadre est composée du directeur et de la cadre de santé (coordinatrice ses soins et de la vie sociale).

plupart des partenaires du territoire¹⁰⁵ : CLIC, SSIAD, les services d'aides à domicile, la MAIA... Les partenaires sont mobilisés par les équipes a minima au coup par coup en fonction des situations¹⁰⁶ et des besoins. Je m'attache cependant à maintenir notre réseau actif en m'appuyant d'une part, sur une communication régulière, et d'autre part, via les membres de l'association.

Si sur l'établissement Les Moncellières, certains professionnels ou corps de métier sont dédiés à des services particuliers, comme la psychologue de la plateforme de répit et des personnels dédiés à l'accueil de jour et au PASA, les places d'accueils temporaires fonctionnent grâce à l'intervention de l'ensemble des équipes présentes sur l'EHPAD Les Moncellières.

2.2.2 Le travail des équipes sur ce mode d'accueil.

L'accompagnement des personnes en accueil temporaire est réalisé par l'ensemble des équipes de l'EHPAD. Ce constat s'explique par la répartition des places d'hébergements temporaires dans des allées différentes de l'établissement.

L'organisation mise en place au niveau de l'admission permet une gestion normale des demandes. Le fonctionnement actuel repose sur l'analyse de la situation menée par la cadre de santé et reprise avec la direction. Il s'articule autour de la rencontre au domicile de la personne en amont, sur le recueil des informations relatives à l'origine de la demande, à la situation au domicile, aux éventuelles aides existantes, aux antécédents de la personne, à sa situation familiale... Ce premier travail permet également de savoir si la personne concernée est informée de la démarche, si elle a donné et/ou si elle est en capacité de donner son consentement.

Cette collecte d'informations est également engagée auprès des professionnels des structures qui interviennent au domicile de la personne, de façon ponctuelle et selon les situations : ces échanges visent à faciliter la transmission d'informations croisées sur les personnes accueillies. Lors de la programmation des séjours, ils facilitent en amont la suspension ou la mise en place des aides nécessaires au retour au domicile.

Cette organisation permet d'ores et déjà de faire émerger certaines difficultés et limites quant à l'approche des équipes des allées concernant l'accompagnement particulier envisagé dans le cadre d'un séjour temporaire. Elle soulève également la surcharge de travail : en analysant les besoins en temps des différents professionnels mobilisés dans le processus d'admission, et de sortie, il ressort un besoin horaire de près de 10 heures. Ce temps supplémentaire issu directement de cet accueil peut engendrer un risque

¹⁰⁵ Schéma des partenariats et des réseaux présenté en annexe 6.

¹⁰⁶ Analyse des situations des personnes accueillies qui ont fait / qui font appel à un ou plusieurs partenaires.

d'épuisement des équipes : cadre de soins et de vie sociale, AS, IDE, Animation, Accueil. Ce point de vigilance est également valable dans le cadre de l'appropriation et de la réalisation du suivi médical et de l'accompagnement individuel à destination de personnes de passage, sur un temps plus ou moins bref, et mécaniquement plus nombreuses.

Malgré certaines limites organisationnelles, le mode d'accueil et d'accompagnement mis en place permet de répondre à nombre de demandes d'hébergements temporaires, quasi-exclusivement à destination des personnes âgées en perte d'autonomie du territoire.

2.2.3 L'organisation de ce mode d'hébergement permet d'accueillir de nombreuses personnes âgées du territoire.

Les 2 places d'hébergements temporaires de l'établissement des « Moncellières » ont permis au titre de l'année 2014, de réaliser 34 séjours en accueillant 18 personnes différentes. 90 % des personnes proviennent de leur domicile¹⁰⁷ et 75% des personnes accueillies habitent à moins de 20 minutes du Fresne. La durée moyenne de séjour de 19 jours. La moyenne d'âge de 85 ans. Si l'hébergement temporaire présente un taux d'occupation à 85%, 39 demandes de séjour n'ont pas abouti, faute de place disponible.

Ces premiers constats font apparaître d'une part, un fonctionnement de service avec un niveau d'occupation élevé qui s'appuie sur la reconnaissance du dispositif d'hébergement temporaire sur le territoire. Il reflète, d'autre part, la qualité perçue de l'accompagnement¹⁰⁸ proposé aux bénéficiaires qui se traduit par une fidélisation de ceux-ci sur ce mode d'accueil. Ces chiffres font également écho aux statistiques sur l'isolement évoquées ultérieurement (section 2.3.4) avec un âge moyen des personnes accueillies de 85 ans. Ces éléments font enfin apparaître *in fine* le manque de places disponibles avec un nombre de demandes non abouties supérieur au nombre de séjours réalisés sur l'année 2014 et une planification des séjours et une disponibilité de places saturée 6 mois à l'avance. Je rapproche également ces constats des réponses apportées aux différents besoins des personnes âgées et / ou en risque de perte d'autonomie sur le territoire : rapprochement familial pendant les vacances des enfants, séjours à l'initiative des aidants afin de souffler ou de prendre des vacances, séjours le temps de travaux d'adaptation du logement, séjours suite à l'hospitalisation ou au décès du conjoint, séjours pour découvrir la vie en établissement... Le niveau de dépendance des personnes, leurs attentes et leurs motivations sont multiples. Cependant, la volonté des personnes et la finalité de ce mode d'hébergement se rejoignent : le retour au domicile.

¹⁰⁷ Domicile personnel ou domicile familial de la famille.

¹⁰⁸ Remarque basée sur les résultats des enquêtes de satisfaction 2013 et 2014. 72% des personnes accueillies en hébergements temporaires envisageraient un nouveau séjour dans l'établissement, et 86% envisageraient une entrée définitive.

Le fonctionnement de cet accueil s'appuie fortement sur la connaissance, sur le territoire, des professionnels qui interviennent et des besoins des personnes.

2.3 Etude du territoire d'implantation des établissements : le Pays d'Ancenis.

Les deux communes d'implantation des établissements de l'association, respectivement le Fresne-sur-Loire et Belligné, sont toutes deux situées sur le même territoire administratif du département de la Loire-Atlantique : la communauté de communes du Pays d'Ancenis (COMP A). La situation géographique particulière de l'établissement Les Moncellières, qui déborde sur deux autres communautés de communes nécessite d'élargir l'analyse territoriale. Cette extension de l'étude est également motivée au regard des communes de provenance de nos résidents, temporaires ou non, et de nos partenariats.

2.3.1 Méthodologie de recherche.

L'analyse du territoire s'appuie sur différentes méthodes d'investigation. J'ai conduit cette analyse en recherchant dans un premier temps l'ensemble des publications et supports théoriques publiés et en lien avec le territoire. La consultation des représentants des partenaires existants et potentiels sur le territoire a été menée en réalisant des entretiens semi directifs.

2.3.2 Couverture institutionnelle.

Le territoire de référence des établissements, si l'on s'appuie sur le référentiel¹⁰⁹, s'étend du Nord-ouest au Sud-est à chaque extrémité de la Chapelle-Glain dans le département 44 à Saint-Laurent-de-la-Plaine dans le département 49 et d'Oudon (44) à Vern d' Anjou (49) sur un axe Sud-ouest - Nord-est (Figure 3).

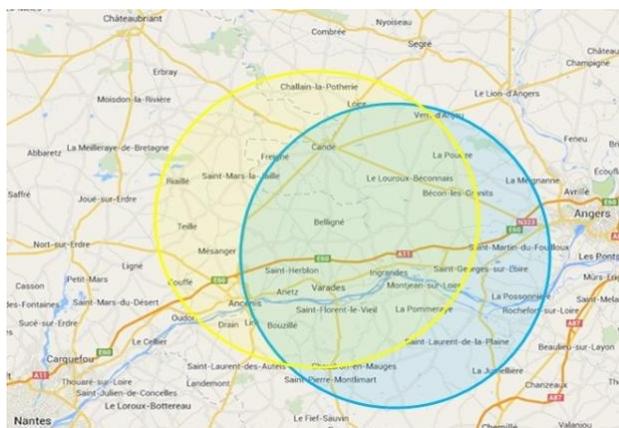


Figure 3 : Carte du rayonnement des établissements du Fresne/Loire (bleu) et de Belligné (jaune).

¹⁰⁹ Référentiel des bonnes pratiques pour l'accueil en hébergement temporaire des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, p 9 point 5.

Le territoire immédiat s'étend particulièrement sur la communauté de commune du Pays d'Ancenis (COMPA), pour le département de la Loire Atlantique. Il couvre également les pays de l'ouest du département de Maine-et-Loire notamment ceux du Segréen, Loire Layon et des Mauges. Le territoire de la Compa est très bien doté en hébergement permanent de type « EHPAD » avec un nombre de places pour les personnes âgées de 75 ans et plus de 186/1000 alors que la moyenne régionale est de 130 et de 99,5 au niveau national. Le territoire de la COMPA dispose de 3 Résidences Autonomie, pour une capacité d'accueil de 82 logements. Concernant les établissements d'hébergements permanents médicalisés, 12 EHPAD et une USLD offrent respectivement 840 et 30 places¹¹⁰.

L'accès aux places en Pays de la Loire, en termes de distance est très bon, avec une distance maximum de 13 Km pour rejoindre l'établissement le plus proche, contre 41 Km au niveau national. Ce chiffre confirme le bon maillage territorial des établissements de type EHPAD.

Au titre de l'hébergement temporaire, les conclusions sont différentes. Le pays d'Ancenis dispose en effet de 1,52 place d'hébergement temporaire pour 1000 habitants contre 2,87 places pour la Loire-Atlantique, 3 au niveau régional et de 3,8 places au plan national¹¹¹. Il apparaît donc largement sous doté sur ce mode d'accueil, avec un nombre de places moitié moins important qu'au niveau régional. Ce sont au final 3 structures qui proposent des places sur le territoire de la COMPA, pour une capacité d'accueil totale de 6 places. Cependant, le territoire de nos établissements débordant sur le Maine-et-Loire, il est possible d'ajouter 10 places, tout statut d'établissements confondu (privés ou publics).

Le territoire dispose également d'un CLIC sur Ancenis (44), d'une antenne à Saint-Georges-sur Loire (49) pour le territoire Loire-Layon, et Beaupréau pour le territoire du Pays des Mauges (49). Le SSIAD ASSIEL se trouve sur la COMPA, et 2 SSIAD (Bocage et Loire et Mauges (49)) rentrent dans le périmètre de rayonnement des établissements. Les SSAD, ADAR dans le département 44 et ADMR dans les deux départements sont également présents.

2.3.3 Typologie de la population du territoire

Concernant la structure de la population du territoire de la COMPA : les rapports émis par la COMPA, établis sur les données de l'INSEE ; met en avant la dynamique de l'évolution du vieillissement de la population. Elle est d'autant plus élevée pour les personnes âgées de 75 ans et plus, avec une augmentation de 41% en 10 ans, entre 1999 et 2010, soit près de 1340 personnes. Cette classe d'âge représente 8% de la population du territoire.

¹¹⁰ Cartographie présentée en Annexe 7.

¹¹¹ Dossier diagnostic gérontologique de la COMPA, source INSEE 2010.

Pour les tranches d'âge entre 60 et 74 ans, l'augmentation est de 10% soit près de 720 personnes. Cette classe d'âges représente 12% de la population du territoire

Les constats sont du même ordre pour les territoires frontaliers du Maine-et-Loire, par exemple le territoire Loire Layon avec une classe d'âge de 75 ans et plus représentant 10% de la population du territoire. Pour la classe d'âge de 65 à 74 ans, elle correspond 13% de la population.

Cette dynamique de vieillissement reflète les constats relevés au niveau national et dans la région Pays de la Loire. (Figure 4¹¹²)

	Pays d'Ancenis	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	France métropolitaine
0-14 ans	38%	12%	11%	4%
15-29 ans	-1%	-1%	-4%	-2%
30-44 ans	26%	7%	3%	-2%
45-59 ans	31%	23%	25%	18%
60-74 ans	11%	17%	13%	12%
75 ans et plus	41%	45%	42%	36%
Population totale	23%	13%	11%	7%

Figure 4 : Tableau de répartition de la population en % par tranches d'âges.

Les projections pour les années à venir vont dans le sens du prolongement de cette dynamique. Elles font ressortir une part de la population âgée de 60 ans et plus de 27% en 2015 contre 21% en 2005, et de 10% en 2015 contre 6.5% pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Ce phénomène devrait se poursuivre jusqu'en 2020, avant de s'atténuer pour une dizaine d'années, suite aux classes creuses d'entre deux guerres (natalité faible, et impact de la seconde guerre), avant de reprendre en 2030 avec l'arrivée aux âges élevés des générations du « baby-boom » entre 1946 et 1974 (Figure 5 et Figure 6¹¹³).

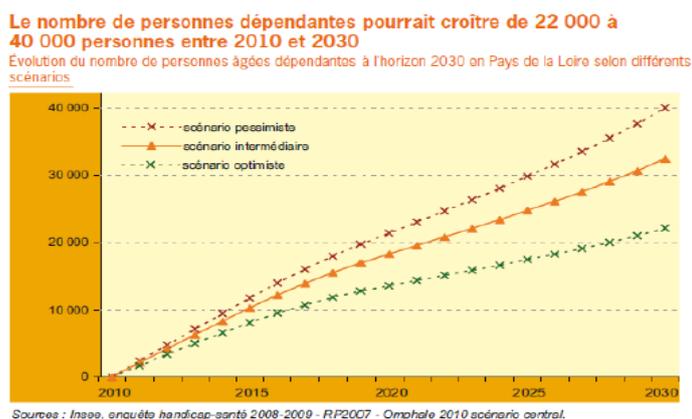


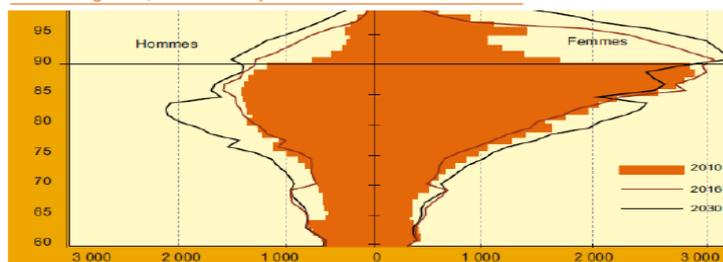
Figure 5 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030 en région Pays de la Loire. Source accompagnement des personnes âgées à 3 stades de la vie – ARS Pays de la Loire.

¹¹² COMPA – EQR CONSEIL SANTÉ & SOCIAL, 2014, Projet gérontologique, diagnostic, p 17.

¹¹³ INSEE PAYS DE LA LOIRE, 2012, Pays de la Loire, 33000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. N°101, [consulté le 19/08/2015], disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes101/etudes101.pdf

Une forte hausse du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 90 ans à l'horizon 2016 et 2030

Personnes âgées dépendantes en Pays de la Loire à l'horizon 2016 et 2030



Champ : Personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus.

Sources : Insee, enquête handicap-santé 2008-2009, scénario intermédiaire - RP2007 - Omphale 2010 scénario central.

Figure 6 : Projection de la pyramide des âges pour personnes âgées dépendantes pour les années 2016 et 2030 en Pays de la Loire. Source accompagnement des personnes âgées à 3 stades de la vie – ARS Pays de la Loire

Ces éléments dessinent les besoins d'accompagnement des personnes âgées du territoire. Dans une logique de politiques globales orientées vers le maintien au domicile des personnes, des modes d'accompagnements intermédiaires sont susceptibles de trouver leur place dans le parcours des personnes.

2.3.4 Dépendance, perte d'autonomie, habitat et isolement en milieu rural.

Élément déjà abordé au début de ce travail, le vieillissement ne signifie pas la dépendance. Même si le risque augmente, il n'est pas systématique. Les estimations de cette dépendance et l'évaluation se font alors, bien souvent, en s'appuyant sur le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA.

Pour 2010, la part des personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiaires de l'APA est évaluée à 9% contre 6% au niveau départemental. Pour le canton de Varades, d'où dépendent les établissements de l'association, ce chiffre s'élève à 10,3% (Figure 7¹¹⁴).

Secteur	Nombre de personnes de 60 ans et plus en 2010 (source INSEE)	Bénéficiaires de l'APA en établissement en 2010	Bénéficiaires de l'APA à domicile en 2010	Total des bénéficiaires	Part des personnes bénéficiant de l'APA parmi les 60 ans et plus
Pays d'Ancenis	11 977	648	425	1 073	9,0%
Ancenis	4 911	118	196	314	6,4%
Ligné	1 877	97	47	144	7,7%
Riaillé	1 839	224	56	280	15,2%
Saint-Mars-la-Jaille	1 394	67	66	133	9,5%
Varades	1 955	142	60	202	10,3%
Loire-Atlantique	274 004	10 258	7 473	17 731	6,5%

Source : INSEE, RP 2010 et Conseil Général, données Dataloire

Figure 7 : Tableau de répartition des personnes bénéficiaires de l'APA.

En 2013¹¹⁵, ce sont 19,2% des personnes âgées de 75 ans et plus qui perçoivent l'APA. Ce chiffre est de 20,6% au niveau national. Les demandes d'APA à domicile évoluent à la

¹¹⁴ COMPA – EQR CONSEIL SANTÉ & SOCIAL, 2014, Projet gérontologique, diagnostic, p 20.

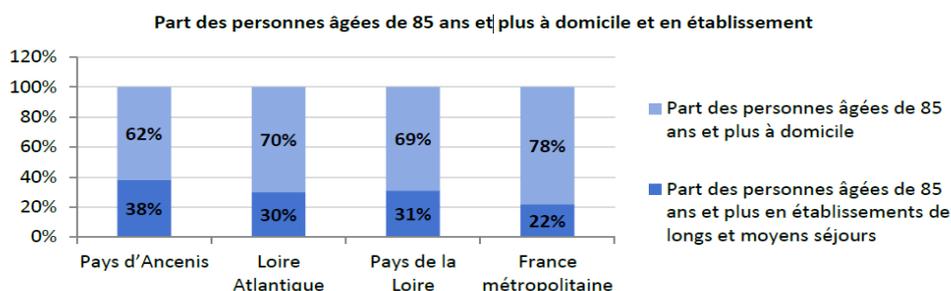
¹¹⁵ INSEE, *Taux de bénéficiaires de l'APA en 2013*, [consulté le 19/08/2015], disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers_web/action-sociale-departementale/PA03-ISD.xls

baisse sur la période de 2005 à 2011, dans une proportion inverse à l'augmentation des demandes d'APA en établissement.

Au niveau départemental et régional, les prévisions du nombre de personnes âgées dépendantes avancent une augmentation forte de cette population. Elles sont estimées à 23800 personnes en 2010 pour la Loire-Atlantique et de 14500 pour le Maine-et-Loire. Elles sont évaluées pour la Loire-Atlantique à 28000 personnes pour 2016, et 35000 en 2030. Pour le Maine-et-Loire, ce serait 17500 personnes en 2016 et 23000 en 2030.

Concernant les modes d'hébergements des personnes âgées du territoire : 38% des personnes âgées de 85 ans et plus vivent en établissement d'hébergement. La grande majorité des personnes vivent donc à leur domicile ou à celui d'un proche, soit 62% dont 58% sont propriétaires de leur logement.

Pour la classe d'âge de 75 à 85 ans, 87% des personnes vivent à domicile, dont 75% sont propriétaires, et 14% en établissement. 49% des personnes âgées de 85 ans et plus ont réalisé des travaux d'aménagement de leur lieu d'habitation au regard de leurs besoins et de leur état de santé (Figure 8¹¹⁶).



Source : Diagnostic territorial de santé

Figure 8 : Part des personnes âgées de 85 ans et plus à domicile et en établissement.

Sur le point du possible isolement des personnes âgées sur le territoire, quelques éléments peuvent être mis en avant :

Le Pays d'Ancenis est qualifié de territoire semi-rural. Les communes du Nord - Est étant éloignées des pôles urbains (Ancenis) ou des principaux axes ferroviaires ou routiers (Axes Angers Nantes, Ligne de TGV Paris-Angers-Nantes), elles sont majoritairement à dominante rurale. Nos deux établissements, à la vue de leurs implantations géographiques respectives et ainsi que des origines et des CSP des personnes accueillies, sont caractéristiques de cette semi-ruralité.

Sur le Pays d'Ancenis, pour les personnes âgées de 75 ans à 85 ans, 49% vivent seules à domicile. Ce chiffre monte à 67% pour les personnes âgées de 85 ans et plus (Figure 9¹¹⁷).

¹¹⁶ COMPA – EQR CONSEIL SANTÉ & SOCIAL, 2014, *Projet gérontologique, diagnostic*, p 27.

¹¹⁷ COMPA – EQR CONSEIL SANTÉ & SOCIAL, 2014, *Projet gérontologique, diagnostic*, p 15.

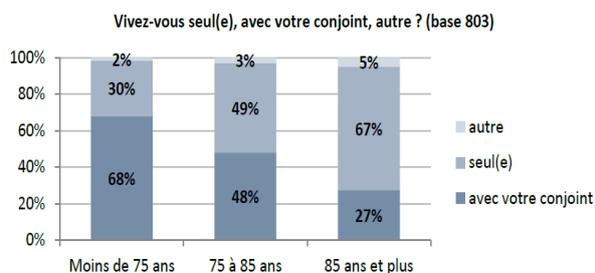


Figure 9 : Mode de vie au domicile

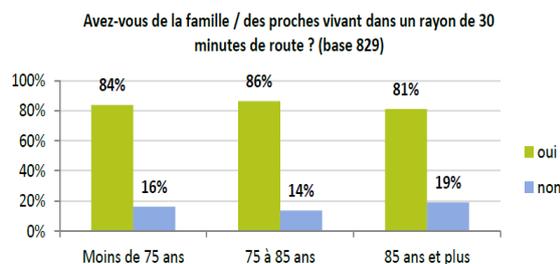


Figure 10 : Présence de famille à 30 km

Sur le territoire de la Compa, les personnes vivant seules ont de la famille habitant à moins de 30 kms pour environ 85% d'entre elles (Figure 9¹¹⁸). Sur ces mêmes personnes, 20% d'entre elles reçoivent de la visite une fois par jour, 38% plusieurs fois par semaine, et enfin ce sont 41% des personnes qui ne reçoivent de la visite qu'une fois par semaine ou moins. C'est sur le croisement de ces éléments que je relève et que j'appuie la notion d'isolement des personnes, susceptible de fragiliser les personnes et de limiter potentiellement l'information et leur accès aux services.

2.3.5 Projections sur la région Pays de la Loire.

Au regard des éléments chiffrés ont été abordés dans les points précédents, il est possible de proposer une synthèse soulignant l'évolution parallèle de la structure des populations entre la région et le territoire national. D'autre part, le niveau d'équipement de la région est de qualité, comparativement au niveau national ; mais elle cache des disparités locales assez fortes, comme par exemple sur le faible nombre de places d'hébergements temporaires, paradoxalement à un maillage serré des établissements d'accueils pour les personnes âgées, qu'ils soient médicalisés ou non.

2.3.6 Les réponses aux besoins des personnes âgées dépendantes ou non sur le territoire.

Malgré la qualité des équipements disponibles sur le territoire, les collectivités et les autorités de contrôle et de tarification amènent quelques constats sur les faiblesses de certaines offres.

Dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées non ou peu dépendantes, les solutions d'hébergement, dites intermédiaires sont assez faibles. Sur le territoire de la COMPA, il existe trois Résidences Autonomie d'une capacité d'accueil de 82 appartements. C'est 10 fois moins de logements que de places proposées par les établissements de type EHPAD. Je note cependant que sur le territoire du Pays des Mauges, ce sont 2 établissements de type Résidence Autonomie existent et regroupent une centaine de logements. Le rapport au nombre de places d'EHPAD est de 1 pour 6

¹¹⁸ COMPA – EQR CONSEIL SANTÉ & SOCIAL, 2014, *Projet gérontologique, diagnostic*, p 15.

environ. Cette différence sur des territoires proches souligne bien les écarts de déploiement entre les départements.

Dans le même registre, le nombre de places d'hébergements temporaires sur le territoire des établissements est limité. Face aux demandes des personnes et des familles l'établissement Les Moncellières refuse, faute de place disponible, autant de personnes qu'il réalise de séjours. Face à ce constat, certains établissements sont tentés de proposer des places d'hébergement temporaire en dehors du cadre des autorisations des autorités, ce qui peut potentiellement interroger sur les modalités d'accompagnement qui y sont pratiquées.

Il reste également à poursuivre sur le territoire, la vulgarisation des CLIC. Même si les personnes âgées se sentent bien informées sur le territoire, peu d'entre elles connaissent les CLIC et les services proposés, qui peuvent pourtant être un relais important dans le traitement d'une situation difficile (Figure 11¹¹⁹ et Figure 12).

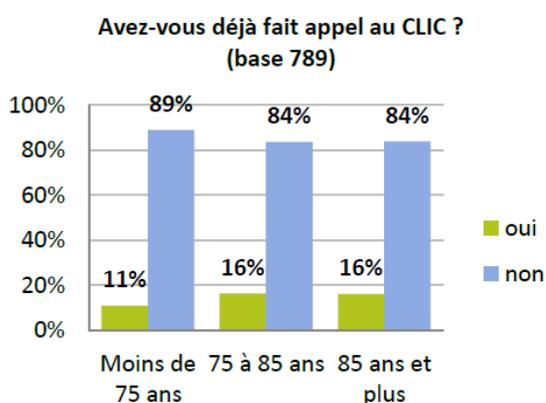


Figure 11: Graphique % des personnes ayant fait appel aux CLIC

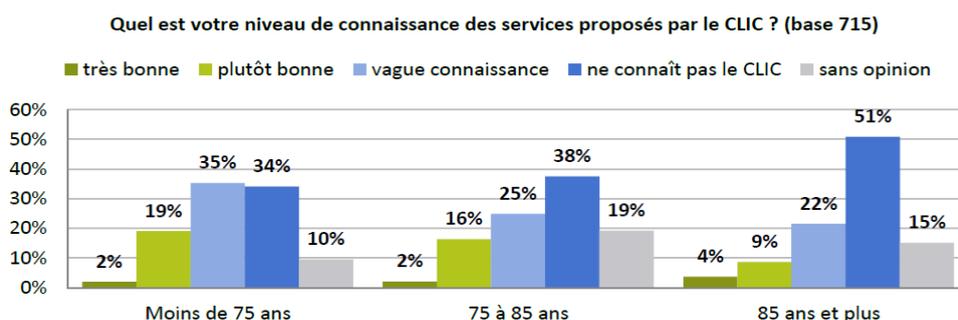


Figure 12 : % des personnes Graphique connaissance des services des CLIC

2.4 Etude de l'environnement des établissements.

Le diagnostic du territoire posé, il est alors nécessaire de consulter les différents partenaires qui y interviennent auprès de ce public âgé, quels que soient leurs modes d'intervention.

¹¹⁹ COMPA – EQR CONSEIL SANTÉ & SOCIAL, 2014, *Projet gérontologique, diagnostic*, p 41.

2.4.1 Différentes méthodes d'investigation utilisées.

Dans cette démarche de consultation deux méthodes ont été retenues : J'ai en effet réalisé des entretiens semi directifs auprès des représentants de plusieurs structures du territoire intervenant sur la partie domicile, de l'orientation et de l'hébergement... En parallèle, j'ai transmis à l'ensemble des professionnels de santé intervenant sur notre territoire de référence, un questionnaire articulé autour de la place, de leur connaissance et de celle de leurs patients de l'hébergement temporaire. Ce sont ces échanges et ses résultats que je reprends dans cette partie.

2.4.2 Consultation des partenaires.

Ces entretiens se sont articulés autour de deux axes avec la présentation de mon projet d'hébergement temporaire et avec un souhait de recueillir leurs remarques, leurs attentes et leur positionnement par rapport à ce projet.

Les contacts et les entretiens ont été menés auprès des partenaires suivants :

- Les CLIC du Pays d'Ancenis, Loire Layon, Pays des Mauges et Châteaubriant
- La MAIA Nord Loire-Atlantique
- Les SSIAD ASSIEL (Ancenis), Bocage (Le Louroux-Béconnais), Loire-et-Mauges (La Chapelle-Saint-Florent)
- Les associations d'aide à domicile, l'ADAR et l'ADMR.
- La délégation territoriale du 44 au siège de l'ARS à Nantes.
- L'association Maison de Retraite Saint Joseph, Les Touches, (44).

Ces entretiens ont permis d'une part de comprendre et connaître leur mode de fonctionnement, leur métier, et d'autre part de faire émerger leurs attentes par rapport à la place de l'hébergement temporaire :

- Manque de places sur le territoire. Besoin de places supplémentaires, particulièrement concernant des places d'urgence.
- Des demandes, particulièrement des responsables des CLIC, de solutions intégrant la dimension aidant-aidé.
- Un besoin de coordination entre les acteurs sur le territoire. Cette remarque est d'autant plus importante de la part des CLIC qui dans leur mission se retrouvent à gérer des situations nécessitant des réponses rapides afin de solutionner les problématiques des personnes suivies. Cette remarque fait écho au besoin d'anticipation et de repérage des situations. Elle s'inscrit également dans la capacité des structures à s'appuyer sur les compétences des différents acteurs du secteur gérontologique du territoire en amont comme en aval de l'hébergement temporaire.
- Disposer d'outils d'échange et de communication pertinents et limiter le nombre d'interlocuteurs rentrant dans le pilotage de la gestion de l'hébergement temporaire.

- Une nécessité de vulgariser ce mode d'hébergement auprès des professionnels et des populations du territoire par un repérage simple et une communication efficace.
- Avoir une vigilance particulière concernant les personnes souffrant de troubles cognitifs : quelle est la meilleure solution en termes de prise en charge, avec la perte de repères de la personne sur un séjour court en établissement, alors qu'il est habitué à rester à domicile ?
- Comment s'assurer du consentement de la personne en fonction de son état de santé et de ses capacités ?

2.4.3 Un questionnaire soumis aux professionnels de santé du territoire.

Ce sont près de 60 professionnels comprenant une vingtaine de cabinets médicaux qui ont été sollicités par courrier avec un questionnaire portant sur l'offre et les attentes autour de l'hébergement temporaire. Le nombre de réponses s'élève à 21, ce qui rapporté au nombre de professionnels contactés révèle un taux de retour de 35%, et mis en corrélation avec le nombre de cabinets regroupant plusieurs professionnels ramène ce taux de réponse à plus de 80%¹²⁰. Le dépouillement de ces questionnaires permet de faire émerger les points suivants :

- L'ensemble des professionnels de santé des territoires sollicités et intégrant notre territoire d'intervention ont répondu à notre enquête.
- Le nombre de personnes estimées souffrant de troubles psychiques, de troubles physiques, et souffrant d'isolement est évalué à plus de 150 pour chacune des catégories.
- Les professionnels « répondants » révèlent que 95% de leurs patients souffrant des troubles évoqués précédemment leur font part de leur difficulté en vue de leur maintien à domicile de l'ordre des éléments présentés (Figure 13). Dans les autres difficultés, nous retrouvons la fatigue, l'épuisement des aidants.

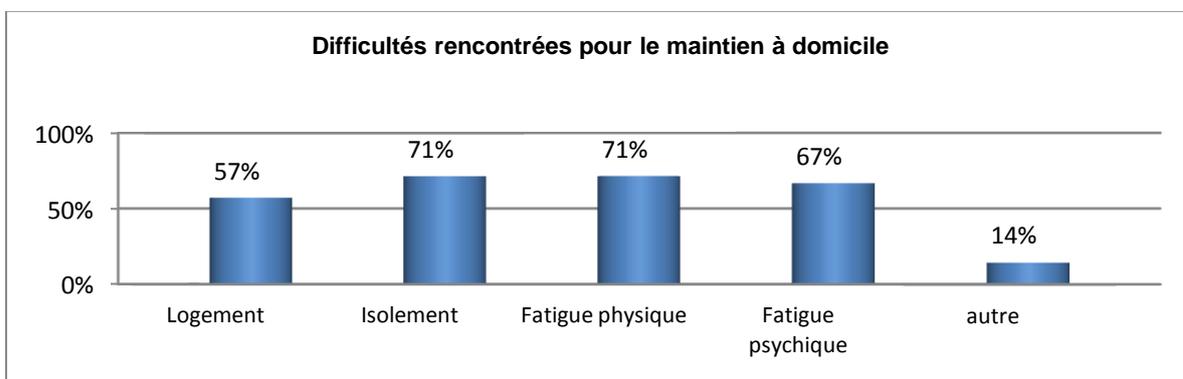


Figure 13 : Graphique des difficultés rencontrées pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

¹²⁰ Le dépouillement des questionnaires permettant de retracer les territoires d'intervention suggère que certaines réponses ont été regroupées pour certains cabinets.

- 80% des professionnels nous indiquent qu'entre 50 et 90% des personnes concernées font appel à de l'aide à domicile.
- 85% des professionnels estiment que le redéploiement des places d'hébergements temporaires serait une solution aux problèmes exprimés par les personnes et les familles concernées.
- 90% des professionnels ayant répondu connaissent le dispositif d'hébergement temporaire.
- Les établissements et communes citées se répartissent de la façon suivante (Figure 14) :

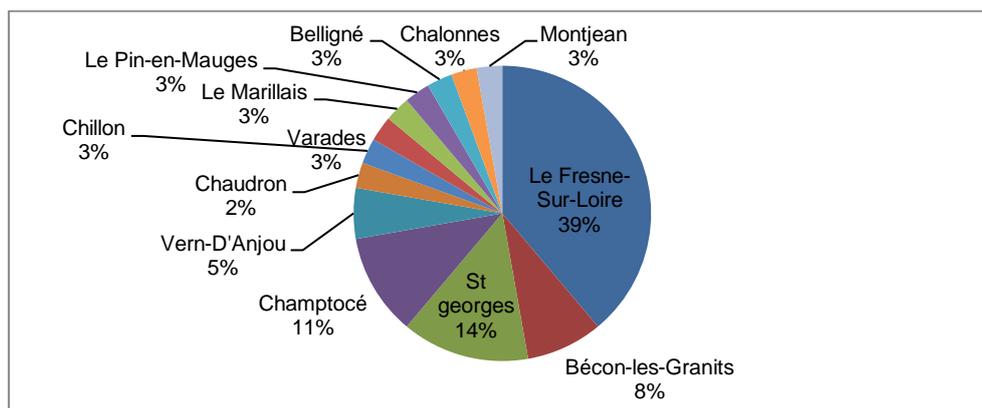


Figure 14 : Graphique des structures citées par les professionnels de santé du territoire.

- Concernant l'offre sur le territoire, 80% des professionnels la jugent insuffisante. Ce constat est appuyé par les commentaires visant des délais trop longs, un manque de place, une méconnaissance du dispositif.
- Les attentes vis-à-vis d'un dispositif d'hébergement temporaire portent autour des points suivants (Figure 15) :

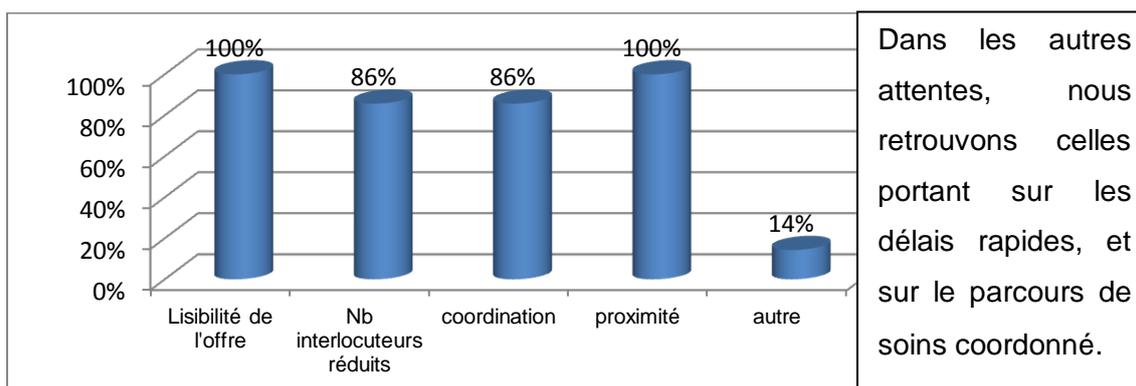
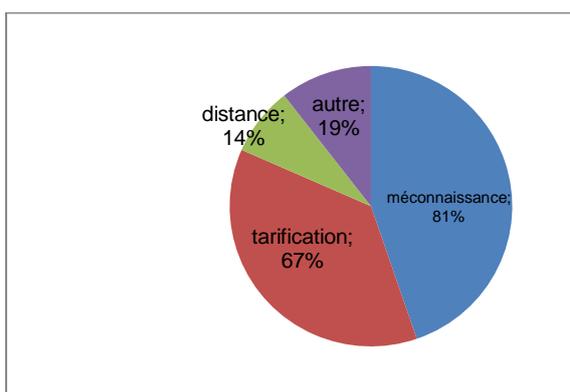


Figure 15 : Graphique des attentes des professionnels de santé vis-à-vis de l'hébergement temporaire.

- 80% des professionnels accompagnent des personnes qui connaissent le dispositif d'hébergement temporaire,
- 76% des professionnels indiquent connaître des personnes souhaitant bénéficier de l'offre d'hébergement temporaire,
- 95% des professionnels connaissent des personnes ayant déjà réalisé au moins un séjour en hébergement temporaire,

- Les principaux freins à l'accès des personnes au dispositif d'hébergement temporaire sont (Figure 16) :



Dans les autres freins, nous notons :

Le frein principal vient de l'aidant lui-même au prétexte que la personne dépendante ne supportera pas l'accueil, l'éloignement du domicile ou que d'autres aidants interviennent. Sont également cités les freins psychologiques, la tarification, et le retour à domicile par la suite.

Figure 16 : Graphiques des résultats des freins à l'accès à l'hébergement temporaire.

Ces démarches auprès des partenaires nous permettent de valider le sens et la pertinence et les objectifs du projet que nous présentons. Elles mettent également en avant les attentes des partenaires sur le territoire, particulièrement autour de la coordination, de la lisibilité de l'offre, la simplification des échanges autour d'un interlocuteur unique. Ils permettent aussi de relever la connaissance de notre offre d'hébergement temporaire sur notre territoire et la qualité de la prestation proposée.

2.5 Les attentes des résidents et des équipes des établissements.

Le recueil de cette parole de résidents s'appuie sur des rencontres avec ces personnes en amont, pendant et en aval du séjour, et sur la collecte de leur avis sur les questionnaires qui leur sont transmis à la fin du séjour. Les attentes des professionnels, leurs attentes ont par ailleurs été recueillies dans le cadre de réunions et d'entrevues individuelles.

2.5.1 Les attentes et le point de vue des résidents sur ce mode d'hébergement.

Ces éléments permettent d'objectiver les motivations des personnes pour ce type d'hébergement et points de vigilance de notre dispositif, du point de vue des bénéficiaires.

« Je suis un peu seule. Je vais à l'accueil de jour le lundi. Je ne vois pas comment est la maison de retraite. Je vais découvrir comment c'est. Je vais me reposer un peu là bas. ».

« Est-ce que je vais avoir des moments où je peux rester tranquille dans ma chambre ? »

Madame L, 89 ans. Vit seule chez elle

Madame L est une personne vivant seule dans son logement. Son mari est décédé depuis quelques années, et ses petits enfants n'habitent pas dans la même région. Elle fait appel à un service d'aide à domicile pour le ménage, les courses. Cette personne a

été rencontrée avant son entrée pour un séjour en hébergement temporaire aux Moncellières. De cet entretien, il ressort deux attentes et interrogations :

- Le besoin de se reposer et de rompre l'isolement.
- L'interrogation sur le mode de vie en collectivité, et la possibilité de découvrir cette vie.

La collecte des informations passe également par la famille et les aidants, le recueil de la parole n'étant pas toujours possible en fonction des troubles des personnes.

« Je suis épuisée, je fais tout à la maison ».

« C'est le SSIAD qui m'a parlé de votre maison et de l'accueil temporaire »

Madame Y. L.,

Mme Y.L vit à domicile avec son époux, atteint de troubles cognitifs et de troubles du comportement. Malgré l'aide du SSIAD et d'aide à domicile (SSAD ADMR), cette dame est en situation d'épuisement. Dans ce cas, c'est le SSIAD qui a suggéré cette solution temporaire pour éviter la rupture de l'aidant. Cette parole illustre particulièrement les enjeux et les risques autour du rôle de l'aidant sur le quotidien, sur sa santé.

Je ressors de cet échange :

- L'importance du réseau des professionnels institutionnels du territoire
- L'hébergement temporaire est une solution tant pour les personnes seules que pour les aidants.
- L'accueil en hébergement peut être l'occasion d'orienter les personnes (aidants / aidés) vers les professionnels de santé adaptés à leurs situations.

Les attentes des personnes âgées pour conserver une certaine autonomie et liberté dans l'espace collectif, exprimées avant d'entrer sont confirmées pendant les séjours :

« J'aime pouvoir prendre des livres, les remettre moi-même et rester seule avec les livres ».

« Souhaite rester seule chez elle. Elle dit apprécier les visites personnalisées comme celle de ce matin ».

En parallèle l'entrée en hébergement collectif, même temporairement, est l'occasion de recréer un lien social :

« Bien, pour moi, j'aime être toujours à la même table avec les mêmes personnes ».

« [...] j'ai du chagrin de quitter mes petites filles (soignants) qui me soignent, mais je reviendrai dans quelques mois ».

Ces deux encarts de recueil de parole, font écho à deux notions présentées entre autres par M.PERSONNE et R VERCAUTEREN sur l'interdépendance¹²¹ des personnes et sur le besoin des personnes accueillies en établissement de conserver un espace privatif. Sur ce second point, les auteurs mettent en avant que le fait de vivre en établissement, entraîne des relations, souvent de proximité, avec des personnes que l'on ne connaît pas et que l'on n'a pas choisis.

L'échange suivant, avec Madame G, de retour à au domicile après un séjour en hébergement temporaire, questionne le sens de l'accompagnement et du projet personnalisé dans le cadre du séjour et de la préparation à la sortie :

« J'étais comme un coq en pâte là-bas, mais on se ramollit drôlement si on fait rien ».

Madame G, 91 ans.

Madame R, a réalisé un séjour temporaire après une hospitalisation prolongée. Dans ses propos, elle met finalement en avant le risque d'une diminution de ses capacités et de son autonomie dans le cadre d'un séjour, temporaire ou non. Cette remarque soulève un point de vigilance particulier, que je reprendrai dans le projet, sur la stimulation et l'accompagnement.

Ces extraits de paroles de résidents et d'aidants nous indiquent les attentes des personnes en termes d'accompagnement dans l'établissement et de souhait de conserver une certaine autonomie et indépendance. D'autre part, ils illustrent le rôle de ce mode d'hébergement dans le soutien au domicile, pour des aidants épuisés ou tout simplement pour des vacances des aidants.

En tant que directeur d'établissement, ces paroles me confortent dans le rôle et la place de cet accueil. Dans le cadre particulier de l'hébergement temporaire, l'évaluation de la situation globale de la personne et l'accompagnement de celle-ci par les équipes doit être construit autant que possible avec une approche sur les capacités et l'autonomie de l'individu. Ce positionnement, sur lequel je reviendrai dans le projet est garant de la qualité et de la finalité de l'accueil temporaire. À cela s'ajoute l'importance du réseau de partenaires dans les détections des situations à risques pour les aidants et les personnes âgées. Aussi, ces réseaux permettent de construire des solutions communes et d'échanger nos informations pour l'évaluation des besoins des personnes. Ces échanges offrent un regard transdisciplinaire sur l'accompagnement à déployer pour le bien-être de la personne et des aidants.

¹²¹ VERCAUTEREN R, PERSONNE M, 2009, *Accompagner les personnes âgées fragiles, formes et sens de l'accompagnement*, Toulouse : Érès, p 82 et p 104.

2.5.2 Le point de vue des professionnels sur l'hébergement temporaire.

La réflexion sur l'hébergement temporaire a permis d'interroger spécifiquement les professionnels sur ce point. Il éclaire également le fonctionnement des équipes dans les établissements.

Sur l'établissement Les Moncellières, un référent est identifié dans chaque allée. Il est le relais entre les informations collectées sur son allée, les IDE et la cadre de santé. La difficulté principale avec les personnes accueillies en hébergement temporaire est justement la temporalité de cet accueil. Le temps d'évaluation et de connaissance de la personne, la construction d'un lien de confiance prend du temps. Il est donc nécessaire d'avoir le maximum d'informations sur la personne en amont de son entrée, de façon à poursuivre les transmissions dans les meilleures conditions, transmissions qui permettent de prévenir les équipes de l'arrivée et de la prise en charge nécessaire pour cette personne, particulièrement sur son parcours, ses habitudes de vies et sur le plan médical. Dans l'accompagnement de type internat complet, il faut être vigilant les premières heures et les premiers jours, comme c'est le cas pour les personnes accueillies en hébergements permanents : le changement de lieu de vie peut provoquer des changements d'attitude et de comportements qui n'ont pas lieu à domicile. Dans le cadre d'accueil de personnes avec des troubles cognitifs importants, la définition de la durée du séjour doit être pertinente, afin de limiter les effets perturbants et néfastes pour la personne.

L'accueil de la personne est également mis en avant, avec la présentation des lieux, de sa chambre, des équipes qui l'accompagneront. Sur ce point, également, l'organisation logistique de l'accueil de la personne doit toujours être prise en compte et implique plusieurs membres du personnel (agent technique, animation, agents de service...).

Les modalités d'accompagnement et les finalités de celui-ci, co-construites dans le projet personnalisé, doivent permettre leur compréhension et leur appropriation par les équipes de l'allée, et comprises. De cette compréhension, dépendra la qualité du séjour et du retour à domicile.

L'accueil de personnes en hébergement temporaire, est susceptible de fatiguer plus rapidement les équipes. Elles doivent en effet faire preuve d'une rapidité d'adaptation permanente, vis-à-vis des résidents et de leurs proches.

Cet accueil temporaire se traduit finalement par une charge de travail supplémentaire à réaliser à moyens constants.

De ces échanges, nous avons synthétisé la place de l'hébergement temporaire de la manière suivante (Figure 17) :

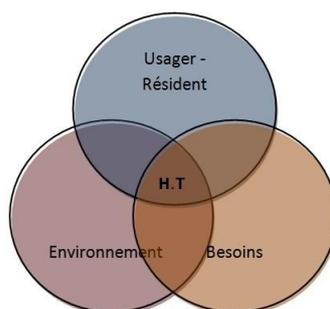


Figure 17 : Schéma de la place de l'hébergement temporaire dans le cadre de la construction de l'accompagnement

L'hébergement temporaire est envisagé comme au centre des attentes des personnes, en capacité de répondre à leurs besoins tout en conservant le lien avec leur environnement. D'une certaine manière, il synthétise les attendus d'un hébergement ponctuel de soutien au maintien au domicile. Ce sont ces mêmes attendus que l'on retrouverait pour les accueils de jour.

Conclusion de la seconde partie.

Les actions engagées par la direction depuis plus de 10 ans permettent aujourd'hui aux établissements de l'association d'être reconnus sur le territoire par les populations locales ainsi que par les professionnels de santé¹²² et ceux du domicile. Cette reconnaissance associée au travail des équipes pluridisciplinaires qui dispensent un accompagnement et une prise en charge de qualité¹²³, permettent d'obtenir pour notre hébergement temporaire sur le site du Fresne, un taux de remplissage établi à plus de 85% supérieur à la moyenne nationale¹²⁴, qui conforte la viabilité de ce service. Ces bons résultats confortent la stratégie de développement de l'établissement tournée vers la mise en place de solutions sur le soutien au domicile et la fluidité de parcours des personnes. L'accueil de jour et la plateforme de répit, associés au travail de partenariat et de réseau, viennent également compléter les synergies et les effets de passerelle entre les différents services. Dans ce contexte, le redéploiement de places d'hébergements temporaires est l'opportunité de renforcer notre offre sur le territoire et sur nos deux établissements en consolidant la coopération avec les différents partenaires.

¹²² Questionnaire réalisé auprès des professionnels de santé du territoire : 70% des professionnels ayant répondu citent Les Moncellières comme établissement disposant de places d'hébergements temporaires.

¹²³ Remarque basée sur les rapports d'activités des 3 dernières années, sur les rapports d'évaluations interne et externe et sur les résultats des enquêtes satisfaction 2013 et 2014.

¹²⁴ Entre 63 et 65%. GRATH, 2007, Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gériatrique, p 23 ET CNSA, 2012, *Rapports d'activités accueil de jour, hébergements temporaires* p 19.

Les travaux menés ont permis de faire émerger les conditions nécessaires au déploiement d'une offre d'hébergement temporaire au service du soutien au maintien à domicile. Il ne s'agit pas uniquement d'offrir une solution d'accueil sous la forme d'une simple place. Cet accueil est avant tout un mode d'accompagnement des personnes.

Le sens donné à l'accompagnement doit être orienté non pas uniquement vers la personne accueillie, mais en tenant tout autant compte de l'aidant. L'accompagnement doit être orienté vers le renforcement des capacités des personnes, en vue de leur retour au domicile. Il doit également permettre de limiter le risque d'épuisement de l'aidant.

L'action à destination des personnes s'inscrit dans un travail de partenariat avec tous les acteurs du territoire. Cet attendu est partagé par l'ensemble des partenaires et va dans le sens de l'évitement des ruptures dans la trajectoire des personnes.

Les places, pour obtenir l'effet recherché sur l'accompagnement, doivent être réparties sur l'ensemble du territoire. Les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants, les professionnels institutionnels et de santé plébiscitent un mode d'accueil proche du lieu de vie originel. Le maintien des liens sociaux avec son territoire est l'argument principal appuyant ce point.

Cette analyse préalable permet enfin de révéler les faiblesses et les limites dans la gestion actuelle de notre accueil temporaire. L'absence de projet de service spécifique, fixant pour l'ensemble des professionnels les objectifs de l'accompagnement spécifique à ce mode d'accueil est l'un des axes de travail prioritaire.

L'organisation administrative et logistique actuelle sera à reprendre, le fonctionnement d'aujourd'hui trouvant rapidement ses limites lors de l'augmentation des rotations des résidents, avec la prise en compte du risque d'épuisement des équipes. La répartition des places sur les 2 sites peu aussi répartir la charge de travail.

Ces principaux points d'amélioration doivent impérativement être pris en compte et travaillés dans la construction d'une offre d'accueil temporaire en direction du soutien au domicile.

3 Un projet d'hébergement piloté et porté en cohérence avec la stratégie associative et de direction.

L'association et ses établissements s'inscrivent dans une dynamique de développement dont l'objectif permanent est d'apporter aux personnes âgées dépendantes et à leurs familles des solutions de services de qualité et adaptées en lien avec les besoins du territoire. La création, ces dernières années, par le Pôle Ligérien Les Moncellières d'un PASA de 14 places, de l'accroissement de sa capacité d'accueil de jour et de la création d'une plateforme de répit pour les aidants ne sont que quelques exemples de cette stratégie à destination des personnes âgées.

Au-delà de ces solutions tout établissement, je poursuis mes actions engagées vers la fluidité des trajectoires des personnes. Ces travaux s'appuient sur deux leviers principaux que sont, d'une part le travail de partenariat de long terme avec les différents acteurs territoriaux de coordination, d'orientation et l'ensemble des intervenants à domicile ; et d'autre part, le pilotage des deux places d'hébergements temporaires existantes aujourd'hui sur le site du Fresne-sur-Loire. Construire la réflexion autour du maintien à domicile, c'est aussi favoriser le choix des personnes quant à la nature de leur hébergement et finalement de leur mode de vie. Cette notion de choix relatif, mise en lien à celle de la libération de la parole des personnes et du consentement, me paraît essentielle et répond en tout point à notre projet associatif qui défend les notions de respect de la personne, respect de son autonomie et de sa dignité.

Cette direction adoptée par nos établissements fait écho à l'évolution des politiques publiques orientées de plus en plus vers le maintien des personnes à domicile et à la mise en place de solutions d'aide aux aidants. Cette orientation est aussi synthétisée dans le projet associatif du Pôle Ligérien Les Moncellières par la formule « *Ensemble vivons bien* » renvoyant à la proposition éthique du « *vivre ensemble* » du rapport LAROQUE¹²⁵ de 1962 qui exposait déjà l'idée de coordination¹²⁶.

3.1 Rappel du questionnement posé par les autorités sur les places d'hébergements temporaires.

Cette réflexion engagée sur ce projet est portée par l'ARS des Pays de la Loire et relayée par les Conseils Départementaux du Maine-et-Loire et de la Loire-Atlantique.

¹²⁵ Haut comité consultatif de la population et de la famille, Politique de la vieillesse, Pierre LAROQUE, 1962 *Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse* présidée par. La documentation française, 438 p.

¹²⁶ Rapport IGAS 2011- *Rapport n°RM2011-064p*, point 94, p 25.

Le support de travail initial est le référentiel régional des pratiques de l'hébergement temporaire. Dans ce cadre, les autorités amènent la question de la façon suivante : « *La conformité des structures d'hébergements temporaires aux préconisations de ce référentiel sera analysée conjointement par nos services, dans le cadre d'une démarche d'adaptation de l'offre départementale, sur la base d'un état des lieux départemental* »¹²⁷.

Partant de cette question, émerge la problématique suivante : Comment renforcer notre offre d'hébergements temporaires de proximité - cohérente avec le cadre fixé par les autorités de tarification, et respectueuse de nos valeurs associatives - capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes ou en risque de perte d'autonomie et des aidants sur le territoire. Reposant sur un plan d'action de conduite de projet¹²⁸, ce questionnement porte l'ensemble des réflexions présentées ici.

3.1.1 Les principales orientations des autorités de contrôle et de tarification sur ce mode d'accueil.

Les axes de développement de ce mode d'accueil, engagés ces dernières années dans le cadre d'appels à projet, traduisent la stratégie souhaitée par les autorités. Le premier élément qui ressort de ces projets aujourd'hui déployés sur les communes de « Les Touches » et de « Frossay », pour la Loire-Atlantique, est le regroupement des places en un lieu unique sur le territoire concerné. Le nombre de places déployées dans ce contexte avoisinent les 15-20 places. Elles ont été portées par des structures proposant d'ores et déjà des places d'hébergements temporaires et sont finalement adossées à des EHPAD. Ce déploiement de places nouvelles s'est également inscrit, pour l'un d'entre eux en parallèle du développement d'une plateforme de services. L'objectif est a fortiori de structurer des pôles, capables de proposer un ensemble de solutions d'accompagnement pour les personnes ciblées. Ces projets ont fait l'objet de financements spécifiques ponctuels et pérennes.

Dans le prolongement des recommandations de la CNSA sur l'hébergement temporaire, ces places reposent sur un projet de service spécifique et sur des outils de gestions et de communications adaptés. Les partenariats sont également mis en avant.

3.1.2 Les enjeux et les risques potentiels liés à ce questionnement.

La particularité du questionnement actuel des autorités est d'une part, l'absence de procédure d'appels à projet et, d'autre part, une réflexion portée à moyens constants.

Dès lors, il s'agit de proposer, ou non, une offre d'hébergement temporaire qui correspond à mes convictions et celles de mon association.

¹²⁷ Courrier du 8 janvier 2014, Direction Accompagnement et Soins Accompagnement Médico-social, à destination des directeurs de structures. Présenté en Annexe 8.

¹²⁸ Plan d'action simplifié et détaillé présenté en annexe 9.

Les enjeux apparaissent certains, dans le cadre de la question formulée par les autorités, en vue de la conformité des établissements sur la gestion des places d'hébergements temporaires. La non-conformité sous-entend la perte probable des places autorisées sur ce mode d'accueil temporaire, option qui n'est pas compatible avec la stratégie engagée dans les établissements. Sur l'autre versant de cette réflexion, j'identifie également une opposition de points de vue sur la centralisation des places d'hébergements temporaires, tant sur un site donné, que dans l'établissement lui-même. L'autre élément important rentrant en ligne de compte dans la réflexion est l'impact financier probable sur le déploiement de ces nouvelles places ainsi que l'impact sur les équipes, compte tenu de la démultiplication des rotations des personnes accueillies sous ce mode d'accueil.

C'est dans cette démarche que j'ai travaillé avec la présidente et le bureau afin de valider mes orientations dans le sens d'une proposition de transformation de places permanentes en temporaires dans nos deux établissements, et avec l'objectif affiché de joindre d'autres structures du territoire dans la formulation de cette offre.

3.2 Le projet d'hébergement temporaire aux nombreuses finalités.

Les réflexions suggérées s'appuient sur une définition précise des missions. Elles reposent sur l'accompagnement et la coordination, permettant le déploiement d'une réponse coordonnée et adéquate au service des personnes et des aidants.

Il s'avère que ces orientations peuvent être considérées simplement comme des préconisations, qui nécessitent d'être intégrées à la philosophie de l'association et des établissements. Elles servent néanmoins de repères dans l'élaboration du projet. Le type d'accompagnement à dispenser auprès du public, la répartition des places sur le territoire et au sein des établissements, le développement des partenariats et le pilotage en interne de ces places sont autant d'éléments à considérer.

3.2.1 Une vision particulière de l'accompagnement.

J'insiste d'emblée sur la vision de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs familles qui est défendue dans les établissements. Cet accompagnement s'appuie sur la valorisation de l'autonomie, le recueil de leur consentement. Il doit permettre de faciliter l'accès à un hébergement temporaire de qualité, adossé à des structures identifiables sur le territoire et prenant en compte la problématique de l'aide aux aidants. Enfin, il se doit d'être structuré en lien et avec l'appui du plus grand nombre de structures du domicile.

Ces actions sur l'accompagnement se positionnent sur le versant du domicile et doivent permettre d'une part aux personnes accueillies un retour à domicile dans les meilleures conditions physiques, psychiques, sociales et matérielles possibles et, d'autre part, offrir une période de répit nécessaire pour les aidants.

Cette conception de l'accompagnement reprend un certain nombre de concepts abordés en première partie. Elle vient également dans le prolongement des pratiques actuelles dans le cadre des places permanentes ou temporaires gérées actuellement. Cependant, sans minorer la pertinence des projets d'établissements et de l'accompagnement pratiqué aujourd'hui, il est nécessaire pour moi de mettre en avant les finalités quelque peu différentes des personnes hébergées selon leur mode d'hébergement qui induisent, à mon sens, la construction et la mise en place d'un accompagnement différent, plus stimulant et impliquant davantage le réseau professionnel et personnel de celles-ci.

J'ai la conviction qu'il est nécessaire de renforcer la vision de la personne accueillie sur ses capacités, et non seulement sur sa dépendance, et de construire avec elle et ses aidants la stratégie nécessaire à son retour à domicile.

Cette vision positive qui est reprise par certains auteurs sous le terme « d'empowerment¹²⁹ » de la personne est pour moi un support essentiel qui doit permettre de réinterroger les pratiques d'accompagnement et de les transposer à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Ces différents points permettent dès lors d'orienter la construction des projets personnalisés des personnes accueillies. Cette vision de l'accompagnement, qui sera intégrée au projet de service, garantira le sens de notre action à destination des personnes et des familles.

3.2.2 Déployer une offre de proximité.

Le positionnement retenu sur ce point est animé par la volonté de proposer une offre de proximité. Dans ce cadre, et contrairement aux derniers déploiements des pôles d'hébergements temporaires sur le département, le choix retenu est la répartition des places sur l'ensemble des établissements participants au projet. Il reflète la nécessité du maintien des liens de la personne accueillie temporairement avec son environnement d'origine.

Dans les établissements, les places d'hébergements déployées ne constitueront pas une unité dédiée. Cette orientation s'inscrit dans le prolongement de ce qui est pratiqué aujourd'hui dans les établissements sur la valeur du « *vivre ensemble* », quels que soient la pathologie et le degré de dépendance de la personne. Cette philosophie évite certains écueils, comme la stigmatisation des personnes, quel qu'en soit le motif, ainsi que la surcharge de travail pour des équipes en particulier. Sur ce second point, c'est l'organisation en interne des équipes fixes sur leurs allées, qui justifie ce positionnement. Cette permanence des équipes permet de limiter la perte de repères des résidents et une

¹²⁹ Capacité et pouvoir de la personne à prendre en charge sa propre vie. Concept repris par CHARPENTIER M2007-2012, *Vieillir en milieu d'hébergement*, Québec : Presses de l'université du Québec, p 34.

stabilité des liens entre les professionnels (équipes) et les personnes, et ainsi une meilleure connaissance des attentes et des besoins des résidents.

3.2.3 Proposer différentes modalités d'accueils temporaires sous la même appellation.

Les hébergements temporaires se déclinent en sous modes d'accueils. Ces derniers, très spécifiques et peu intégrés dans les systèmes de financements des autorités de contrôle et de tarification, se subdivisent en des hébergements non-programmés, en accueils de nuit et en sorties des SSR.

La prise en compte de ces déclinaisons est alimentée, d'une part, par ma volonté de ne pas laisser des personnes sans solution ou sur un mode d'accueil qui ne correspondrait pas à leur situation, et d'autre part, par les différents besoins exprimés par les partenaires du territoire (SSIAD, CLIC, MAIA, CH...).

L'hébergement temporaire d'urgence est le mode d'accueil qui est le plus sollicité par les partenaires lors des entretiens et des questionnaires réalisés auprès des professionnels du territoire. Cette solution doit permettre de répondre aux besoins émanant des situations d'hospitalisation des conjoints – aidants. Dans ces situations, il ressort une pratique communément déployée, qu'est l'hospitalisation concomitante du conjoint qui n'est pas en mesure de rester au domicile. Cette orientation entraîne, à mon sens, une prise en charge potentiellement inadéquate, une surcharge des services en hôpital, mais également un potentiel surcoût pour les organismes de sécurité sociale.

L'hébergement temporaire sous forme de places d'accueil de nuit, de week-end : ces accueils s'adressent aux personnes vivant à domicile et offre des solutions de soutien à domicile pour la personne, mais également pour l'aidant. Je prends pour exemple le répit qui peut être offert à l'aidant quand la personne souffre de troubles du type inversion de cycle. Il s'articule sur l'accueil de la personne âgée de la fin de l'après-midi jusqu'au lendemain matin en intégrant le dîner, l'aide au coucher, l'accompagnement de nuit, l'aide au lever, à la toilette et à l'habillage et le petit-déjeuner.

L'hébergement temporaire dédié aux sorties de personnes en SSR, pour lesquelles le retour à domicile n'est pas encore possible du fait de la fragilité de leur état de santé. Le positionnement particulier du SSR le Chillon et du CH d'Ancenis peuvent permettre cette passerelle par les échanges d'informations possibles de leurs plateaux techniques. Ce relais de prise en charge doit permettre de limiter l'engorgement de ces centres et ainsi de fluidifier les parcours des personnes dans la perspective de leur retour au domicile.

3.2.4 Impliquer des structures du territoire dans le co-portage du projet.

Le co-portage du projet est intégré dès le lancement du travail d'analyse du territoire et en parallèle du processus de consultation de ma présidente et des membres du bureau. Sur le territoire de la COMPA, deux autres établissements possèdent quelques places

d'hébergements temporaires. Ce sont auprès de ces deux établissements, de type EHPAD, que j'interroge leur intérêt sur cette problématique posée par les autorités de contrôle et de tarification.

Il reste cependant que le simple critère de disposer de places d'hébergements temporaires ne se suffit pas à lui-même. Il s'agit dans le cadre du projet, dans lequel les institutions vont être amenées à formaliser plus fortement leurs relations, particulièrement dans la perspective d'un pôle d'hébergement temporaire, de trouver les valeurs associatives et humaines communes sur lesquelles se fondera ce partenariat.

Le co-portage revêt deux intérêts stratégiques principaux que sont une couverture géographique du territoire de la COMPA dans une plus grande mesure et une plus large répartition des risques financiers ainsi qu'une mutualisation des moyens humains dudit projet. Il permet enfin d'avoir plus de poids auprès des autorités lors du dépôt de notre offre dans une cohérence d'intervention sur le territoire.

Ce co-portage du projet pose enfin la question des modalités de partenariats. Ces modalités peuvent s'appuyer sur la définition de partenariat de F. DHUME : « *Le partenariat est une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action - faire autrement ou faire mieux - sur un objet commun de par sa complexité et / ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre* »¹³⁰. Dans le prolongement de cette définition, la liberté de l'engagement de chacune des parties et les impacts de ce co-portage dans les organisations internes des structures sont à prendre en compte et particulièrement dans ma volonté de mettre en place un pôle d'hébergement temporaire dédié.

3.2.5 Renforcer les partenariats avec l'ensemble des acteurs du domicile et médicaux.

L'implantation des établissements sur leur territoire depuis de nombreuses années, conjuguée au travail de longue haleine de renforcement du réseau, permet de disposer aujourd'hui de liens solides avec les intervenants du domicile et les professionnels de santé. Les échanges entre les différents professionnels et directions de ces structures permettent de faciliter la transmission d'informations sur les situations des personnes accueillies. La limite de ces échanges est liée à la construction de ceux-ci, reposant sur les personnes des différents établissements, plutôt qu'aux structures elles mêmes. Le changement d'interlocuteur peut être le risque principal de la diminution, voire de la

¹³⁰ F. DHUME, 2001, *Du travail social au travail ensemble*, Edition ASH, p.108.

disparition des échanges. Sur ce constat, il apparaît comme nécessaire de procéder à leur formalisation, de façon à les inscrire dans le fonctionnement classique des structures. Ces échanges et ces liens professionnels, portant notamment sur les pratiques de chacun sur l'accompagnement au service des personnes, peuvent ainsi être diffusés à l'ensemble des professionnels des structures impliquées dans le projet. L'objectif n'est pas ici de rigidifier les relations entre les intervenants, mais de favoriser les interactions entre les acteurs afin de tendre au meilleur accompagnement des personnes, dans le cadre de leur parcours, entre le domicile et les différents professionnels et institutions.

3.2.6 Le projet de service d'hébergement temporaire.

L'hébergement temporaire, encadré par les textes indiqués dans le point 1.5, offre une solution d'hébergement pour une période de 90 jours annuels maximum, et peut être organisé en un ou plusieurs séjours, séquentiels ou non. Ils peuvent dès lors être très brefs. Il faut cependant bien avoir à l'esprit qu'il ne s'agit pas, lors de l'accueil de la personne, de mettre simplement à disposition une chambre et des prestations hôtelières. Le projet de service est le reflet des valeurs défendues par les structures porteuses du projet, notamment sur l'accompagnement des personnes. Il se décline autour d'un retour au domicile et met en avant les effets de passerelles possibles entre les services et les établissements.

3.2.7 La reconnaissance de ce service sur le territoire, comme un pôle d'hébergement spécifique.

Dans ce projet, l'objectif est de communiquer et de faire connaître les différentes places proposées comme intégrées non plus aux établissements, comme c'est le cas aujourd'hui, mais comme des places relevant de prime abord d'un pôle spécialement dédié à l'hébergement temporaire. Cette orientation est motivée au regard des difficultés observées par les personnes du territoire elles-mêmes et par certains professionnels. Cette vision s'impose également dans le cadre d'une offre de services déployés dans plusieurs établissements.

Cette modification de repérage est la garantie du fonctionnement des nouvelles places d'hébergement. Elle impacte la recherche des partenaires potentiels du projet, car ce pôle porte les grandes valeurs de ce mode d'accueil temporaire, pour l'ensemble des établissements. Elle impacte également la vision des partenaires sur l'hébergement temporaire qui dans ma philosophie n'est pas l'antichambre de l'entrée en EHPAD. Le pôle oblige, d'une certaine manière, à harmoniser quelques pratiques, notamment sur la vision de l'accompagnement des personnes. Cette ambition entraîne des modifications dans la communication interne et externe, et également le déploiement d'un système informatisé de gestion unique des places. Elle pose également la question du pilotage du pôle : Au regard des autres établissements présents sur le territoire, tenant compte de

leur capacité d'accueil et de la diversité de leurs services, la position de l'association Pôle Ligérien Les Moncellières apparaît légitime en tant que pilote du pôle d'hébergement temporaire.

Le pôle suggère une coordination centralisée, ce qui m'amène au point suivant.

3.2.8 Porter la mise en place d'une coordination unique.

Cette coordination unique découle de plusieurs éléments initiaux.

Le premier élément est issu du constat réalisé dans l'établissement Les Moncellières, pour lequel les deux places d'hébergements temporaires coïncident avec un volume de temps important pour la gestion globale de celle-ci, en l'occurrence pour la cadre coordinatrice de santé et de vie sociale. La charge de travail avec deux places d'hébergements temporaires est tenable actuellement, mais afin de garantir une admission, un accompagnement et un retour à domicile de qualité, il ne pourra se poursuivre ainsi. L'augmentation du nombre de places et donc du nombre de personnes accompagnées entraînerait un déséquilibre dans le fonctionnement, lié principalement à une augmentation du temps nécessaire pour l'admission et la sortie.

Le second élément fait écho aux remarques des partenaires du territoire sur la volonté de travailler en particulier avec un interlocuteur unique. Ce constat rejoint le point précédent, avec la mise en place d'un pôle. Conserver un fonctionnement sur le modèle interne de chacun des établissements amènerait à démultiplier les interlocuteurs à un niveau équivalent au nombre d'établissements, ce qui paraît illogique, au regard de ma volonté de simplifier l'accès aux places des personnes et les partenariats avec les acteurs du territoire.

L'objectif de la coordination est également d'être le pivot entre les établissements et les acteurs du territoire, et au final de porter le projet spécifique de service et une compétence pointue.

3.3 La stratégie adoptée dans la construction et dans la conduite du projet.

Dans le prolongement des éléments amenés précédemment, je ressors 8 grandes orientations stratégiques qui donnent une certaine singularité au projet :

- Un mode d'hébergement orienté vers le soutien au domicile des personnes : il apporte des solutions ponctuelles aux personnes et aux aidants, en leur permettant de reprendre leur souffle sur une période définie à l'avance. Tenter d'anticiper la programmation des séjours amènerait de la visibilité et permettrait de synchroniser en amont l'intervention de tous les professionnels du soutien au domicile. Cette planification des séjours et ma vision de ce type d'accueil insistent bien sur le caractère ponctuel de

cet hébergement : il n'a pas vocation à servir de salle d'attente pour une place d'hébergement permanent.

- Une répartition des places sur chaque site : je défends dans ce projet la notion de proximité. La vocation même de ce mode d'hébergement doit permettre de favoriser le maintien des liens avec l'environnement d'origine, vers lequel le résident reviendra en fin de séjour. Cette proximité doit également favoriser le maintien d'un certain nombre de repères et de liens extérieurs lors du séjour.

- L'intégration et la diversité des personnes dans l'établissement – principe de non-sectorisation : cela fait écho à la notion de « vivre ensemble¹³¹ » inscrite dans le projet de l'établissement, avec le choix affirmé de ne pas sectoriser les personnes hébergées, quels que soient la durée du séjour et leur niveau d'autonomie. Cette différence d'autonomie des personnes accueillies, ajoutée à la diversité de leur situation (isolement, dépendance, lieu de résidence...) et de leur histoire accroît cette diversité qui fait la richesse des échanges entre les résidents. Les apports individuels de chacun renforcent ainsi cette dynamique de lieu de vie au sein de l'établissement.

- Rechercher à co-construire et co-porter le projet : dans un souci de cohérence avec la construction d'une offre de proximité pour les personnes, mais également pour limiter les risques financiers de ce projet, il me paraît nécessaire de rechercher un ou plusieurs partenaires sur le territoire.

- Mettre en place une coordination centralisée : il s'agit ici de limiter le nombre d'interlocuteurs pour ce mode d'accompagnement et de favoriser ainsi une vision de service à part entière, et non d'établissements proposant chacun leur propre service.

- Renforcer la formation du personnel sur ce mode d'accompagnement spécifique : L'accompagnement des personnes qui a pour finalité le retour au domicile de celles-ci en fin de séjour nécessite à mon sens une réponse particulière des professionnels. Dans ce sens, des actions de formations seront programmées. Elles seront soutenues par des temps partagés en interne entre les équipes de mes deux établissements, et en externe avec les équipes des partenaires du territoire. L'objectif est d'échanger et de penser le sens et les pratiques déployées pour l'accompagnement des personnes en hébergement temporaire.

- Fédérer les acteurs du territoire autour de ce projet dans une logique de fluidification des parcours des personnes : il s'agit de favoriser, renforcer et de normaliser les échanges d'informations entre les professionnels de nos établissements et ceux du domicile en y incluant les professionnels médicaux, paramédicaux et les centres hospitaliers. C'est la mise en commun du travail de chacun qui permet de construire les

¹³¹ Fait référence à la notion de « Ensemble, vivons bien », défendue dans le projet associatif et reprise dans le projet d'établissement.

réponses adaptées et coordonnées en réponse aux besoins des personnes sur le territoire.

- Proposer une offre identifiable sur le territoire : pour renforcer une vision du type dispositif à part entière, une dénomination particulière et unique à cet hébergement est prévue. Elle sera appuyée par le déploiement de supports de communication (ligne téléphonique dédiée, mail...) et de publicité auprès des partenaires et des publics.

Ces éléments rentrent dans la construction de 3 hypothèses, que je présente dans second temps et dont j'en décline tout d'abord les éléments communs.

3.3.1 Eléments généraux, supports au projet.

A) Le déploiement des places sur le territoire.

J'envisage de limiter le nombre de places porté par chacun des établissements, au nombre de 5, considérant les risques liés à ce mode d'accueil sur le plan des équipes et sur le plan financier.

L'impact de ce mode d'hébergement sur les équipes est réel, particulièrement sur l'augmentation du volume de travail dédié à cet accueil, vecteur de risque d'épuisement. Même si je souhaite une répartition des personnes accueillies non pas dans une unité dédiée, mais bien dans tout l'établissement, la réactivité du personnel face aux différentes situations associées aux rotations fréquentes des personnes sur cet hébergement doivent être prises en compte.

Sur le plan financier, concernant le budget hébergement, le fonctionnement de ce type d'hébergement induit mécaniquement une diminution des produits de tarification. Dans tous les cas de figure, le taux d'occupation sera plus faible que dans le cadre d'un hébergement permanent, en lien avec des jours non facturables directement imputables à la gestion de ces places : jours de ménages et d'entretien de la chambre entre deux séjours, périodes inoccupées liées aux plannings... S'ajoute à ces éléments l'impact des chambres potentiellement réservées aux accueils de nuit, où le tarif pratiqué¹³² peut être égal à 50% du prix de journée¹³³.

L'effet est le même pour les places d'hébergement d'urgence, où les taux d'occupations sont à hauteur de 50%¹³⁴.

¹³² *Guide accueil personnes âgées Ille-et-Vilaine*, édition 2014. http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/guide_accueil_personnes_agees_juin_2014.pdf.

¹³³ Pour un taux d'occupation de 50%, le manque à gagner en produit d'exploitation peut s'élever à 15600€/an.

¹³⁴ Pour chacune de ces places (Urgence et sortie de SSR) qui seraient au nombre de 2, chaque jour non occupé représente une perte potentielle comprise entre 57€ et 60€ en fonction de l'établissement d'accueil. Pour l'accueil d'urgence, sur une base de 50% de taux d'occupation, le manque à gagner serait de 10400€ et 10900€ par place et par an.

B) L'écriture du projet de service.

Quel que soit l'hypothèse de travail retenue, la mise en place du projet de service spécifique à l'accueil temporaire est incontournable. Cependant, l'écriture du projet de service se déclinera différemment en fonction de comment se tissent les liens entre les acteurs que sont les autres associations et établissements du territoire approchés dans le cadre dudit projet. Il devra en effet, permettre de faire émerger des principes communs, acceptables par les différentes structures, même dans la perspective d'un pilotage du pôle par le Pôle Ligérien Les Moncellières.

Ce projet permet, d'une part, d'être en conformité avec l'article D312-9 du CASF, et, d'autre part, de garantir les modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes hébergées. Sa rédaction sera orientée dans le prolongement des projets associatifs des structures et en cohérence avec les projets d'établissements existants.

Le travail d'écriture du projet de service spécifique à ce mode d'accueil s'organisera via la mise en place d'un groupe de travail. Mon souhait est d'y intégrer professionnels, familles et représentants des familles des différentes structures, partenaires privilégiés du domicile, la personne responsable de la coordination de cet accueil et la/les direction(s) d'établissements. Cette instance permettra, en s'appuyant également sur le guide des RBPP « *l'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* » de l'ANESM¹³⁵, la rédaction dudit projet. L'objectif est ici de croiser les regards et les attendus des différents participants, afin de développer des solutions d'accompagnement un projet de service efficient.

Il reprendra les orientations ainsi que les valeurs portées par les structures porteuses du projet. Sont rappelées dans cette partie le positionnement géographique des différents établissements, mais surtout les valeurs communes défendues notamment, « *humanistes et de solidarité qui consacrent la primauté de la personne*¹³⁶ ». Le respect de la personne accueillie, quels que soient son mode d'accueil et sa provenance, se décline de la manière suivante :

- Respect de la personne en considérant ses valeurs, croyances et convictions, de ses droits et libertés, de son identité et de sa dignité,
- Respect du libre choix, de son autonomie,
- Recherche du consentement,
- Et respect de son droit à l'information.

Le projet de service déclinera ensuite la vision de l'accompagnement avec une conception de l'accueil et de l'accompagnement des personnes fondée sur le vivre

¹³⁵ ANESM, 2009, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, 64 p, disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=429

¹³⁶ Formulation reprise du projet d'établissement des Moncellières, p 3.

ensemble. Cette orientation philosophique a un impact direct sur la construction du projet tant sur la volonté d'apporter une solution de proximité que sur la place accordée aux résidents accueillis temporairement dans l'établissement. La sectorisation des personnes sur les différents établissements n'est, en effet, pas compatible avec les valeurs défendues par les deux associations.

Le projet permettra aussi de mettre en avant la dynamique des établissements depuis plus de 10 ans dans des solutions d'accompagnement tournées vers le domicile. Nous reprenons entre autres le pilotage des places d'hébergements temporaires déjà existantes, la création de l'accueil de jour, du PASA, de la plateforme de répit.

Il déclinera ensuite le rôle et les missions au regard des personnes accueillies et de leur singularité et la place de ce dispositif sur le territoire, permettant une lisibilité du service tant en interne qu'en externe. Un rappel est fait sur sa place comme relais par rapport aux autres dispositifs d'accompagnement et de prise en charge de la personne au domicile.

Il abordera ensuite, toujours au regard des recommandations de l'ANESM, les différents volets du fonctionnement interne. Cette partie aborde la question importante de la souplesse du dispositif, et des impacts de cette organisation sur le fonctionnement global des autres services de l'établissement. Il reprend également la place de l'hébergement d'urgence et le travail de coordination interne et externe.

Les règles en termes de contractualisation sont également abordées.

Les modalités d'entrées et de sorties sont définies, en s'appuyant sur les processus, déclinés sur l'ensemble des structures, permettant d'apporter les ajustements nécessaires respectant les particularités de fonctionnement de celles-ci.

Le document se terminera sur les éléments de communication et de d'information tant en interne qu'en externe.

En termes de planification de l'écriture du projet de service : son démarrage par la définition des participants au groupe de pilotage pourrait se faire dans un délai quasi immédiat, avec un objectif à 6 mois révisable, pour l'écriture complète du nouveau projet de service. Ce délai tiens compte des impératifs de chacun des participants envisagés comme intégrant le groupe de pilotage.

C) La mise en place une coordination unique et définition de ses missions :

La coordination sur place réalisée jusque-là par chaque établissement ne peut suffire et apporter les réponses en phase avec les enjeux du projet. La mécanique nécessaire au bon fonctionnement du pôle d'hébergement temporaire implique un travail complexe qui peut se décliner de la façon suivante :

- *Une mission tournée vers l'extérieur qui se construit autour des objectifs suivants :*
 - Renforcer des liens de partenariat déjà existants (signature de conventions de partenariats, intégrer les partenaires dans l'élaboration du projet de service commun, charte de pratiques sur l'accompagnement des personnes entre les différents services...),
 - Développer à partir des outils existants et des pratiques de chacun, un outil –grille de recueil de données partagées par les partenaires permettant d'évaluer les situations, les habitudes de vie et le degré d'autonomie les personnes,
 - Une veille renforcée sur les besoins émanant des partenaires,
 - Un travail de communication, qui s'appuie sur deux axes : La publicité du dispositif auprès des partenaires du territoire qui s'oriente sur la mise en place de plaquettes présentant le dispositif, dans ses valeurs et ses missions. Le second axe, est la communication sur les méthodes de travail et les pratiques des différents partenaires.

- *Une mission tournée sur l'accueil des personnes, mission en interne qui comprend :*
 - Un travail de recueil des données en amont des situations d'entrées. Point clef de la réussite de la coordination dans un objectif de fluidité des trajectoires, la collecte et le traitement de l'ensemble des informations intègrent des éléments du type histoire de vie, dossiers médicaux, état des lieux de l'ensemble des dispositifs d'aide à domicile dont bénéficient les personnes. Ce ne sont que quelques exemples de l'ensemble des informations qu'il est nécessaire de centraliser et d'analyser en lien avec les professionnels des établissements en fonction des situations,
 - Recueil du consentement des personnes. Ce point renvoie aux objectifs de réussite de l'accompagnement et de son séjour temporaire. Il découle du projet de service partagé par les établissements,
 - Le poste occupé par le/la coordinateur (trice) est le prolongement et le relais logique des équipes de direction des établissements. Il est aussi l'interface entre les professionnels du domicile et les référents des établissements,
 - Centralisation des demandes, planification des séjours,...

- *Une mission transversale :*
 - Programmation de l'ensemble des rencontres et entretiens nécessaires dans l'accompagnement des personnes. Ils se déclinent en fonction des situations sur un principe idéal de trois temps de travail positionnés en amont de l'entrée, à mi-séjour et à la sortie.

Ces actions menées tout au long de l'accompagnement solliciteront les partenaires. Dans le même registre que le recueil d'informations en amont, la transmission de l'ensemble des données sur le séjour de la personne sont à transmettre aux différents partenaires, la

nature des données transmises dépendant du rôle et de la fonction spécifique à chacun des intervenants.

Le schéma proposé ci-dessous permet de synthétiser les missions du poste de coordination (Figure 18).

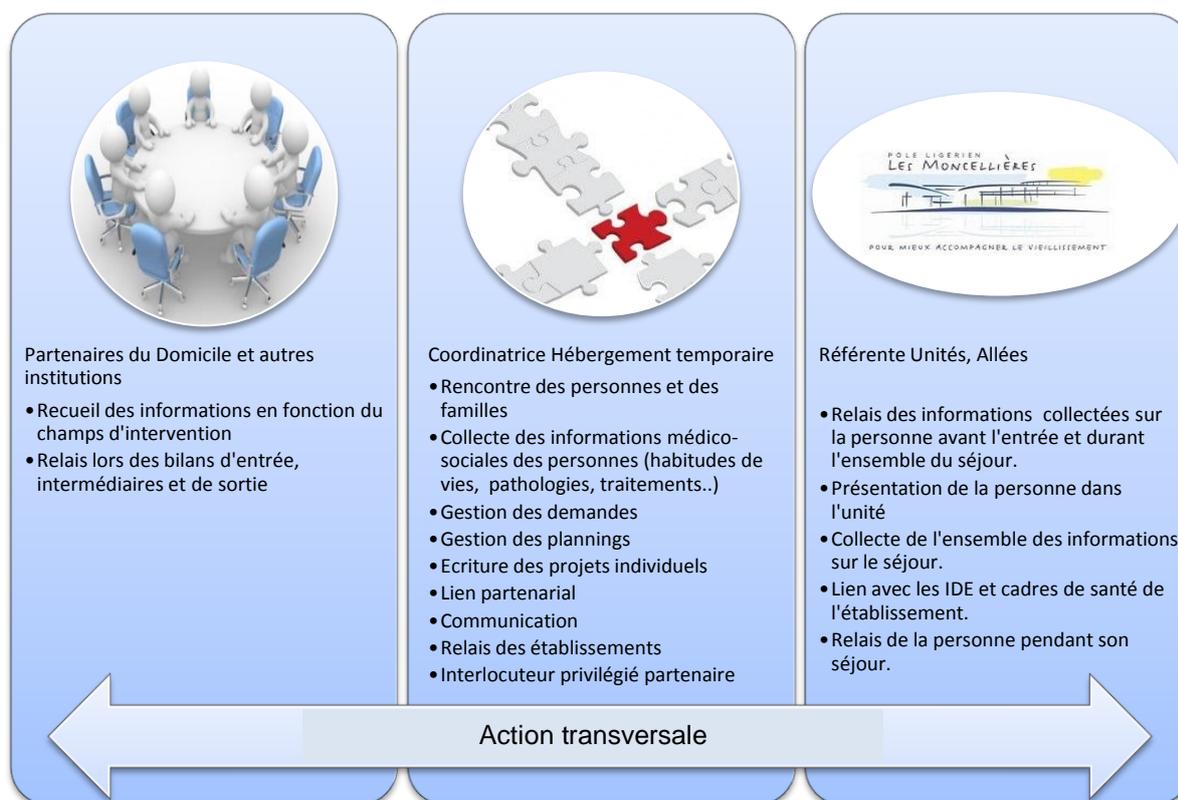


Figure 18: Rôle et mission du poste de coordination

Les attendus du poste définis, j'orienterai ma préférence de recrutement dans un sens différent de celui indiqué par les autorités. Elles suggèrent en effet un profil IDE. Or, en terme de coordination, et en s'appuyant sur les relais existants dans les établissements sur le volet purement médical, il me semble qu'un profil CESF soit plus adapté. J'oriente ce choix sur le travail de coordination et de réseau qui est demandé à ce poste. J'ajoute également que les écarts de coefficients entre ces fonctions sont quasi nuls¹³⁷.

L'ensemble de ces missions pose enfin la question de la légitimité de la coordination dans les établissements et son rapport fonctionnel et hiérarchique au niveau des équipes dans l'organisation de son service, qui pour rappel, intervient directement au niveau de l'organisation des EHPAD.

D) Le projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé.

Le PAAP concerne directement la personne accueillie. Dans sa préparation et son écriture, il doit être anticipé autant que possible avant l'entrée du résident. Comme pratiqué dans les établissements aujourd'hui, il s'appuie sur l'ensemble des données

¹³⁷ Coefficient de base : CESF 479.- IDE 477.

collectées par la personne responsable de l'hébergement temporaire et par les partenaires territoriaux. Centralisées, elles sont ensuite communiquées par la personne responsable de la coordination aux équipes intervenant sur le secteur de l'établissement où résidera la personne. Cet échange pluridisciplinaire autour de la compréhension de la trajectoire de la personne accueillie et de la finalité du séjour permet aujourd'hui de co-construire un projet d'accompagnement respectueux des choix de la personne et de ses habitudes de vie, tout en permettant d'y apporter des ajustements garantissant la continuité et la pertinence de la prise en charge en adéquation avec les pratiques professionnelles des équipes. Il prend en compte non seulement la personne accueillie, mais également l'aidant. Le projet indique les souhaits de la personne concernant ses repas, les prestations et animations auxquelles elle souhaite bénéficier, ainsi que l'accompagnement de rééducation (Kinésithérapeute...). L'accompagnement de la personne accueillie est élaboré en fonction du niveau d'autonomie de la personne et de son projet de sortie. Il intègre également le positionnement de l'aidant par rapport aux différents professionnels impliqués. Il définit également la programmation des bilans qui seront, en fonction des situations, à réaliser afin de favoriser la fluidité des échanges entre les partenaires, favorisant d'autant les transitions entre l'établissement et le domicile.

E) Renforcer les passerelles entre les dispositifs.

Le développement de l'offre d'hébergement temporaire va pouvoir s'appuyer sur l'ensemble des modes d'accueils et d'accompagnements existants sur les différents sites. Les passerelles qui existent déjà peuvent être schématisées de la façon suivante (Figure 19).

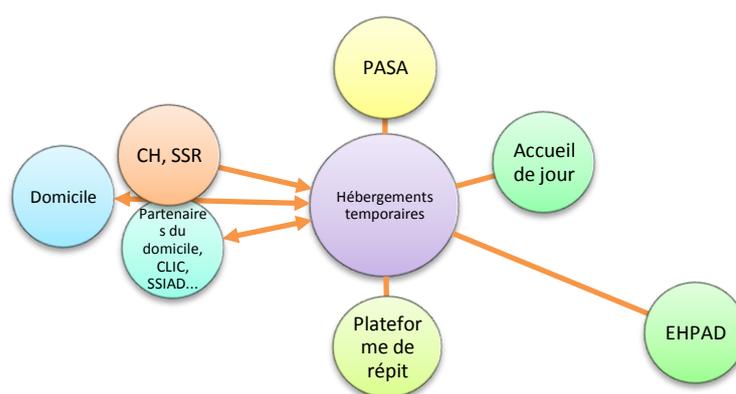


Figure 19 : Schéma des passerelles et de l'environnement de l'hébergement temporaire.

Les relais de communication entre les différents dispositifs tournés vers le maintien à domicile que sont l'accueil de jour, la plateforme de répit ainsi que le PASA permettent de d'optimiser le fonctionnement du dispositif d'hébergement temporaire et de renforcer la fluidité du parcours de la personne. Cette optimisation se traduit d'une part par une collecte d'informations plus précoce et une détection des situations à risques [ces deux

actions étant réalisées par les professionnels des établissements pilotant les places d'hébergements temporaires] et d'autre part par la mise en place d'un accompagnement des personnes sur plusieurs dispositifs : par exemple, une personne accueillie en hébergement temporaire et qui poursuit son accompagnement en accueil de jour.

Sur ce schéma apparaissent également les EHPAD. J'ai pris le parti de le présenter un peu à l'écart par rapport aux autres dispositifs passerelles : ils entrent bien dans ce cadre exceptionnel d'une solution de sortie des personnes accueillies en hébergement temporaire. Je traite ici du rôle que peut avoir l'hébergement temporaire dans la familiarisation avec la vie et l'hébergement en institution.

F) Les référents établissements. Les relais de la coordination sur le terrain.

La notion de référent d'établissement qui est abordée dans le point précédent se présente de la manière suivante :

Le rôle de la coordination se situant à un niveau pôle, nous devons, pour assurer le bon suivi de la personne sur chacun des sites, mettre en place des référents des personnes accueillies dans chaque établissement. Ces référents viennent en relais de la coordination, dans l'accompagnement et l'évaluation des personnes. Ils sont garants d'une bonne prise en charge et garantissent la remontée d'information à la coordination. L'identification des référents sera fonction des organisations internes de chacun des établissements et validé par les directions respectives. Le référent est aussi le lien privilégié pour la personne accueillie qui se sent alors reconnue en tant que personne à part entière.

G) Mutualisation des moyens entre les dispositifs :

La mise en œuvre du dispositif d'hébergement temporaire sur un modèle d'intégration aux EHPAD, qui pour rappel rentre pleinement dans le cadre des projets d'établissements, entraîne un certain nombre de mutualisations. Elles se traduisent par différents axes :

▪ *Gestion et planification des temps de coordination dans les établissements :*

Sur ce volet de coordination quotidienne, sur l'échange des situations, l'admission des personnes accueillies en hébergement temporaire sur l'ensemble de l'EHPAD et non sur une unité dédiée permettent d'intégrer leurs situations dans les temps de transmissions déjà mis en place. Je reprends ici le mode opératoire actuel existant dans les établissements.

▪ *Gestion administrative et logistique du dispositif :*

Les supports de gestion déjà utilisés aujourd'hui aux Moncellières seront repris dans le nouveau dispositif. Cette orientation s'inscrit dans la position de l'association de prendre le pilotage du nouveau pôle d'hébergements temporaires. Dans l'idéal, ils tendront à être uniformisés afin de faciliter la gestion quotidienne. De la même manière, les

établissements conserveront leurs fonctionnements logistiques spécifiques à chacun. J'évoque ici toute la partie gestion hôtelière et d'animation des établissements, qui peut s'appliquer aux personnes accueillies temporairement.

- *Formation du personnel :*

Un autre effet de la mutualisation concerne les besoins en formation des professionnels. L'accompagnement des personnes accueillies en hébergement temporaire est soumis à un certain nombre de spécificités, notamment dans le cadre d'un accompagnement à court terme, dans le maintien de la socialisation, dans la prise en compte de l'aidant. Ces particularités nécessiteront la mise en place de sessions d'informations à l'intention des équipes des établissements avec le concours de professionnels d'autres établissements et partenaires intervenants sur ou en complément de ce mode d'accueil. Je pense également aux formations proposées par le GRATH au niveau du rôle de coordination. Au delà de ces spécificités, les équipes des EHPAD intègrent déjà les plans de formations. Je prends également en compte les besoins de formation des personnels qui seront à ajuster en fonction des constats et des remontés des équipes. Ces acquis seront mutualisés, via les échanges qui pourront être réalisés, en réunions, en formations interprofessionnelles entre les établissements sur leurs pratiques, difficultés...

- *Mutualisation des espaces de vie :*

Les espaces de vie spécifiques peuvent être proposés aux personnes accueillies en hébergements temporaires. Plus largement, elles bénéficieront de l'ensemble des infrastructures présentes dans les établissements. (Lingeries, jardins thérapeutiques, bibliothèque, salons...)

3.3.2 Une stratégie sécurisée, construite autour de 3 hypothèses.

La manière dont je pilote ce projet se veut volontairement réaliste. La présentation d'une unique hypothèse reviendrait à ignorer les risques inhérents au projet ainsi que le principe de réalité : volonté des partenaires et possibilité pour eux de s'investir dans le projet, échec des partenariats, refus partiel ou total du projet de la part des autorités...

Les hypothèses de travail sont en ce sens les variables d'ajustement en fonction de la nature des partenariats établis.

Les différentes hypothèses se déclinent alors par ordre de choix stratégique privilégié.

3.3.3 Hypothèse 1 : Le projet co-porté avec plusieurs structures.

Cette première hypothèse serait l'aboutissement du travail de prospection d'un ou plusieurs partenaires dans le co-portage du projet. Il serait le résultat d'un travail commun des établissements et des associations respectives sur un consensus autour des valeurs associatives et des orientations stratégiques de celles-ci.

Cette coopération renforcée, déclinée précédemment par la définition de F. DHUME, passe par l'encadrement de ce partenariat via une convention entre les structures, seule garantie des droits et des obligations mutuelles.

A) Le déploiement des places d'hébergements temporaires sur le territoire.

Le déploiement géographique des places dépend du ou des partenaires capables et désireux d'intégrer le projet. En tout état de cause, les places seront réparties uniquement sur des établissements du territoire de la COMPA. Dans ce sens, je m'inscris dans le prolongement de la logique des autorités de contrôle et de tarification qui travaillent sur cette hypothèse géographique de territoires. À l'inverse, comme préalablement indiquées, elles ne seront pas regroupées sur un site unique.

Le nombre de places à déployer dans le cadre d'un projet porté à plusieurs est envisagé entre 10 et 15 places. Ce volume total de place permettrait de porter 5 places temporaires au maximum, pour chacun des établissements.

Ce nombre permet alors de limiter les incidences financières pour chaque structure et de limiter les risques d'épuisement sur les équipes, qui devront faire face à un plus grand nombre de personnes et à une réactivité plus importante liée aux rotations des résidents accompagnés.

Concernant la nature des places temporaires, au titre de l'accueil de nuit, de la sortie de SSR, il me semble pertinent de ne pas bloquer ces places sur des sites précis. L'objectif est ici d'offrir de la souplesse en termes de gestion aux établissements par le déploiement d'une place flottante. Le but est, dans l'hypothèse d'une demande supplémentaire d'hébergement spécifique, de pouvoir y répondre si un établissement dispose d'une place vacante.

B) L'écriture du projet de service.

Dans cette première hypothèse, le projet de service, doit permettre en complément des conventions passées entre les établissements, d'être le fil conducteur de l'action menée auprès des personnes accueillies et des aidants. Dans sa rédaction, il est donc nécessaire de trouver le juste équilibre entre les pratiques de chacune des structures et les objectifs que l'on se fixe sur la qualité de ce mode d'hébergement. C'est à ce niveau que le travail et les échanges menés entre les structures partenaires seront engagés, car c'est à ce niveau, dans la recherche de cette cohérence de projet, que les objectifs et les manières de faire de chacun peuvent venir interférer dans son contenu. S'ajoute également en tension le positionnement particulier et délicat du poste de coordination sur l'organigramme.

C) La mise en place et le rôle de la coordination.

Dans cette configuration de co-réalisation du projet, la coordination tient un rôle tout particulier, puisqu'elle devient la représentante directe auprès des familles et des professionnels de l'accueil temporaire dans sa globalité. Elle devient l'interlocuteur unique et la passerelle entre les différents acteurs. La complexité de son rôle sera la transversalité du poste sur les différents établissements, qui nécessitera un soutien fort de la part des directions au début de sa mission. La coordination sera en contact permanent avec les référents des établissements définis plus tôt (point 3.3.1F).

D) Communication interne et externe.

Le volet communication revêt un aspect essentiel dans cette hypothèse. Le passage d'établissements gérant des places temporaires à un pôle d'hébergement temporaire modifie complètement la stratégie de communication, particulièrement en externe. L'ensemble de la communication devra se faire en s'appuyant sur une identité propre et préalablement définie pour le pôle d'hébergement temporaire. Il s'agit alors de trouver une dénomination propre à ce service, qui supplantera les établissements. Ce travail est la garantie de la vulgarisation du pôle sur le territoire, auprès des partenaires et des familles, et s'appuiera sur la presse et sur des supports de type plaquettes laissées à disposition des partenaires comme les CLIC, les SSIAD, professionnels libéraux... Cette communication s'appuiera également sur la mise en place d'outils de type, courriel, ligne téléphonique dédiée à ce service. Elle s'articule également sur les échanges (méthodes de travail, attentes, gestion de cas) entre les structures. Enfin un outil de gestion spécifique des places doit être déployé, facilitant ainsi la mission de la coordination et la visibilité des disponibilités pour les partenaires et les établissements.

E) Chiffrage de l'accompagnement de la personne hébergée. Demande de financement stable.

La mutualisation des moyens envisagés me permettra de procéder au redéploiement de places d'hébergements temporaires à moyens constants, sans risquer d'une part, la conduite d'un dispositif d'accompagnement de piètre qualité, épuisant pour les équipes et mal coordonné, et d'autre part, une fragilisation de la structure financière des établissements notamment par les places d'hébergements d'urgence. C'est dans ce sens que nous vous exposons nos besoins supplémentaires en découlent.

Ce redéploiement entraîne des charges liées à l'accueil des personnes et au pilotage des places. Sur la base du référentiel de bonnes pratiques transmis par l'ARS, et sur ce que nous avons préalablement indiqué, le redéploiement des places nécessite des prestations spécifiques.

Le budget proposé (Figure 20¹³⁸) ainsi que le détail des éléments¹³⁹ liés au personnel (Figure 21) et aux dotations (Figure 22) s'appuie sur une estimation des besoins en temps pour l'organisation administrative et logistique ainsi que pour la coordination de cette offre. Cette budgétisation calculée ici à hauteur de 63K€ n'intègre pas les risques de pertes d'exploitation évoquées dans l'hypothèse de création de places d'urgence estimée entre 10400 et 15600€ par place, soit en cumulé environ 36K€. Nous attirerons donc l'attention des organismes financeurs sur ces éléments.

3.3.4 Hypothèse 2 : Le projet porté inter-établissement uniquement par le pôle Ligérien Les Moncellières.

La seconde stratégie serait la solution alternative dans l'hypothèse où les tractations pour co-porter le projet n'aboutiraient pas. Je maintiens dans ce schéma la volonté de notre association de répondre aux besoins relevés sur le territoire sur ce mode d'hébergement avec une intention de partenariat.

A) Le déploiement des places sur le territoire.

Le nombre de places déployées sur les deux établissements du Fresne-sur-Loire et de Belligné, reste sur la base déjà indiquée, soit un nombre de places maximum proposé estimé à 10. Il s'agirait alors pour le site du Fresne de transformer 3 places d'hébergement permanent en temporaire, en conservant ses 2 places déjà existantes, soit au final 5 places. Pour Belligné, il s'agirait de transformer progressivement entre 3 et 5 places maximum. Sur cette base, le pôle d'hébergement temporaire porté par l'association proposerait entre 7 et 10 places.

B) L'écriture du projet de service.

Inhérent au projet, la mise en place du projet de service reste incontournable. Réalisée dans le cadre unique de notre association, il évitera dans sa construction les écueils liés aux valeurs et aux stratégies propres à des associations différenciées.

C) La mise en place et le rôle de la coordination.

Cette hypothèse fait intervenir uniquement les deux établissements de l'association « Pôle Ligérien Les Moncellières ». Il reste cependant nécessaire de mettre en place la coordination de ce nouveau service. Ce poste conserve les missions déjà exposées de coordination et de relais privilégié entre les établissements, les familles et les partenaires. Cette coordination est garante de la bonne gestion des places et de la qualité des prestations proposées.

¹³⁸ Tableau présenté en Annexe 10.

¹³⁹ Tableau présenté en Annexe 10.

D) Communication interne et externe.

Ce volet se retrouve simplifié dans cette hypothèse. Cependant, chacun des établissements de l'association conservant son identité, un plan de communication sur le pôle est à déployer. Il revêt les mêmes objectifs que précédemment qui sont entre autres la reconnaissance du pôle sur le territoire et son identification par les partenaires et les familles. Cette communication doit servir d'appui au renforcement des partenariats et des coopérations de long terme avec les intervenants du domicile du territoire et les professions libérales, notamment en passant par une formalisation des relations.

E) Chiffrages de l'accompagnement de la personne hébergée. Demande de financement stable.

La diminution du nombre de places et le recentrage des hébergements sur un territoire plus faible vient impacter le chiffrage du financement supplémentaire.

L'impact sur le volume de coordination nécessaire (780 heures environ à 480 ou 680 heures annuelles), ainsi que les heures mobilisées sur cet hébergement par les équipes vient réduire le montant du « groupe 2 » (entre 33 K€ et 46 K€). Certaines charges du groupe I seront également revues à la baisse, ce qui aboutit finalement à une demande de financement pérenne annuel estimée entre 41,5 et 55,5 K€ (Figure 21, Figure 22)¹⁴⁰.

3.3.5 Hypothèse 3 : rejet ou abandon du projet.

Cette dernière hypothèse résulterait d'une fin de non-recevoir par les autorités de notre projet. Dans ce cadre, dans l'hypothèse où l'établissement Les Moncellières conserverait son autorisation de fonctionnement sur ses places d'hébergements temporaires, le travail principal à réaliser, est l'écriture et la mise en place du projet de service. Ces places conserveraient probablement leur fonctionnement actuel, avec une gestion de cet accueil par la cadre de coordination des soins et de la vie sociale. Il sera tout de même nécessaire de maintenir un travail soutenu avec les partenaires, et tendre à une formalisation des relations, pour garantir leur stabilité dans le temps.

Il permet également d'affirmer notre volonté de déploiement de places temporaires, et de nous tenir prêt dans l'hypothèse d'un nouveau projet de ce type sur le territoire.

En fonction de l'hypothèse retenue, le positionnement adopté par les directions des différentes structures aura une incidence au niveau de la vie dans les établissements.

3.4 L'évaluation du projet.

Élément essentiel du projet, l'évaluation fixe notamment les objectifs et les critères permettant la validation et le pilotage du projet ainsi que son niveau de réussite.

¹⁴⁰ Tableaux présentés en Annexe 11.

3.4.1 Les effets attendus dans les établissements.

L'augmentation potentielle des places d'hébergements temporaires dans les établissements sont susceptibles d'amener des changements.

L'inscription du positionnement du poste de coordination dans les organigrammes respectifs définira sa place sur chaque établissement, et son lien avec les équipes. Ce nouveau mode de fonctionnement modifiera sensiblement le circuit de l'information sur les personnes accueillies. Ce nouveau lien aura des incidences dans les EHPAD mais également au niveau de la plateforme de répit et l'accueil de jour des Moncellières. Dans le même sens, cette coordination modifiera les rapports entre les établissements et les partenaires, en les rendant plus fréquents, notamment liés aux nombre d'accueil de ce type, et du fait d'une relation plus privilégiée.

L'augmentation du nombre de personne accueillies, intégrées dans les EHPAD me laisse envisager deux effets positifs sur les équipes et sur les autres résidents. Au niveau des équipes, l'approche spécifique de l'accompagnement vers le haut¹⁴¹ (et non pas vers le déclin), sur les capacités de la personne, un peu à l'image de la philosophie de l'accompagnement des personnes dans le champ du handicap, apportera un regard différent de certains professionnels sur les résidents. En ce sens, l'accompagnement de personnes dont l'objectif est le retour au domicile, me semble très stimulant pour les équipes et permet dans un sens de casser la routine et de réinterroger le sens de l'accompagnement des personnes accueillies sur un modèle permanent.

Je m'interroge enfin sur les modalités et les possibilités de faire participer les résidents ou leurs représentants temporaires au CVS, afin de favoriser la participation et le recueil de la parole des personnes.

Au niveau de la vie de l'établissement, les résidents accueillis en temporaire sont des vecteurs dynamiques dans la mesure où ils amènent, le temps de leur séjour, ce qui fait leur personne et leur histoire. Ces éléments de partage entre les résidents, génèrent à mon sens, de nouveaux souffles de vie bénéfiques à chacun, avec le tissage de nouveaux liens sociaux, issus de l'extérieur de l'établissement et avec des personnes bien souvent issus des territoires connus des autres résidents.

En termes d'échéances dans le déploiement des places dans les établissements, le point de départ sera, une fois le mode de portage du projet entériné, la validation dudit projet par les autorités. Le déploiement des places d'hébergements temporaires sera progressif, lié directement aux sorties de résidents hébergés de manière permanente dans les établissements. Une planification entre 6 mois et un an paraît pertinente. En parallèle de

¹⁴¹ Fait écho, d'une certaine manière, à l'accompagnement à la vie, exposé dans les trois formes d'accompagnement, PERSONNE M et VERCAUTEREN R.2009, *Accompagner les personnes âgées fragiles*, pp 129-133.

ces transformations de places, l'écriture du projet de service peut être réalisé et le recrutement pour le poste de coordination engagé.

3.4.2 Méthodes et critères d'évaluation du projet.

Issues de chacun des hypothèses, elles permettent d'ajuster et de valider les différentes étapes du projet. La construction de l'évaluation permet aussi d'envisager des portes de sortie ou de proposer des solutions alternatives en cas d'échec de certaines étapes clefs du projet. L'évaluation s'appuie sur des critères qualitatifs et quantitatifs. Essentielle dans la conduite du projet, elle le sera tout autant dans la mise en place technique du projet et dans le pilotage des nouvelles places. Je reprends ici des critères qualitatifs concernant les prestations perçues par les bénéficiaires et les familles, sur les modalités de fonctionnement de la coordination entre les établissements et les partenaires du domicile. J'ajoute à ce premier point la prise en compte et le retour de l'ensemble des acteurs (personnes accueillies, familles, équipes et partenaires du territoire) sur leurs attentes et leurs difficultés autour de ce mode d'accompagnement. J'intègre également des critères quantitatifs sur l'abaissement du nombre de demandes non abouties, sur le nombre d'effets passerelles, sur le taux d'occupation, le traitement des demandes urgentes...

L'évaluation de ce projet s'inscrit dans une démarche continue. Les critères qui sont déclinés dans cette partie prennent en compte les aspects :

- **Renforcement des partenariats, travail à lancer dès que possible. :**

Critères : - Nombre de conventions signées entre les différentes structures,
- Définition d'un mode de communication et d'échange de données,
- Participation des partenaires sur les temps dédiés,
- Nombre de personnes accompagnées sur les différents dispositifs

- **Recrutement du poste de la coordination dans un délai de 6 mois :**

Critères : - Un profil répondant aux besoins d'échange entre les partenaires, philosophie du partenariat et du réseau,
- Recrutement dans les délais en vue du déploiement des places,
- Appropriation du dispositif et publicité auprès des partenaires du territoire.

- **Rédaction du projet de service et validation par la/les direction(s) de(s) établissement(s) :**

Critères : - Projet co-construit entre les différents partenaires et avec les professionnels,
- Adaptation aux contraintes spécifiques des structures,
- Finalisation et validation avant le lancement du dispositif,
- Diffusion et appropriation, communication aux équipes,

- Adhésion des équipes à la mise en œuvre opérationnelle du projet.

- **Déploiement des places sur les sites :**

Critères : - Montée en charge progressive, avec un remplissage à 6 mois, permettant une adaptation des équipes, Ouverture progressive des différentes places en fonction de la demande mais également en fonction des places libérées. (il ne s'agit pas d'une augmentation de capacité stricto sensu),

- Ouverture des places spécifiques d'urgence en adéquation avec les demandes.

- **Vulgarisation de l'accueil du type hébergement temporaire sur le territoire, communication auprès des partenaires, dès la première année :**

Critères : - Les retours des partenaires sur la connaissance du dispositif,
- Prises de contact direct de nouvelles personnes et leurs familles avec le pôle d'hébergement temporaire,

- Questionnement auprès des nouveaux bénéficiaires sur les modes de connaissance du dispositif (CLIC, médecins, bouche à oreille, hôpital...).

- **Passerelles entre les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des personnes en externe :**

Critères : - Nombre de personnes provenant des autres dispositifs en amont,
- Nombre de personnes bénéficiant de la mise en place de nouveaux dispositifs de soutien à domicile (SSAD, SSIAD...),

- Nombre de dispositifs orientant des personnes vers le pôle d'hébergement.

- **Passerelles entre les dispositifs des établissements en interne :**

Critères : - Nombre de personnes provenant des services en interne, notamment de la plateforme de répit,

- Nombre d'hébergements issus du service d'aide aux aidants.

- **Réduction du nombre de demandes non abouties :**

Critères : - Baisse de 60-75% du taux de demandes non abouties par rapport aux années antérieures.

- **Taux de réponses positives à des demandes d'urgence :**

Critères : - mise en place d'un ratio nombre de demandes urgentes abouties - nombre de demandes urgentes,

- Source des demandes d'entrées urgentes (partenaires, demandes des aidants...).

- **Taux de remplissage de nos places d'hébergement temporaire :**

Critères : - Taux d'occupation au moins supérieur aux taux observés comparativement aux années antérieures,

- Durées moyennes des séjours (DMS).

- **Déploiement d'un outil informatisé commun permettant la gestion des places d'hébergements temporaires :**

Critères : - Mise en service d'un fichier de gestion commun des places d'hébergements temporaires pour l'ensemble des places du pôle,

- Diffusion des disponibilités auprès des partenaires,

- Déploiement à terme de l'outil « Trajectoire ».

- **Questionnaires de satisfaction déployés sur l'ensemble des sites pour les hébergements temporaires :**

Critères : - Déploiement de cette méthode d'évaluation sur l'ensemble des sites,

- Niveau du taux de satisfaction, qui doit être au moins égal à ce qui est constaté actuellement et ajusté en fonction des résultats des années antérieures,

- Taux de retour des questionnaires complétés.

- **Reconnaissance du dispositif sur le territoire, vision pôle d'hébergement temporaire et non pas uniquement établissement :**

Critères : - Niveau, fréquence et qualité des échanges avec les partenaires,

- Entrée des demandes directement par le pôle et la coordination,

- Connaissance du dispositif auprès des partenaires du territoire.

3.4.3 Ce projet, une étape supplémentaire dans le renforcement d'une offre globale coordonnée sur le territoire ?

La construction de ce projet, et particulièrement les hypothèses 1 et 2, m'amène aujourd'hui à réfléchir sur la création d'une plateforme de service. Bien que cette finalité soit dépendante d'une autorisation de fonctionnement délivrée par les autorités de tarification, j'ai, avec l'appui de la présidente, formulé cette hypothèse avec certains partenaires historiques. En effet et afin de remplir les conditions nécessaires à la création d'une plateforme de service, nous avons évoqué avec le SSIAD ASSIEL d'Ancenis l'hypothèse à terme d'une plateforme de services. Dans ce dessein, cette plateforme offrirait une couverture territoriale quasi complète de la Compa, et regrouperait, a minima, en hébergement permanent, 141 places (hypothèses 2 et 3), et plus de 200 places (hypothèse 1). Au titre de l'hébergement temporaire, il s'agirait d'un pôle disposant entre 7 et 15 places (hypothèses 1 et 2). S'ajouteraient à ces éléments, les places d'accueil de jour et le PASA dont le nombre de places serait au moins égal à celui existant au sein du

Pôle Ligérien Les Moncellières et la plateforme de répit. L'association ASSIEL apporterait à ces modes d'accueil un SSIAD ou un SPASAD de 100 places et une équipe ESA.

Les finalités d'un tel projet seraient de porter une offre complète de services à destination des personnes, en mutualisant nos moyens et notre savoir-faire et en offrant une meilleure lisibilité sur le territoire. Ces orientations, articulées avec l'ensemble des intervenants du domicile favoriseraient le renforcement du travail en amont et en aval avec les acteurs du domicile sur le territoire. Cela aurait pour effet de faciliter le repérage des situations fragiles à domicile, la construction de solutions concertées et de proximité pour mieux vivre chez soi, d'anticiper et préparer les entrées en établissement afin d'éviter les hospitalisations inutiles, déstabilisantes pour la personne et financièrement coûteuses pour la collectivité. Ce travail d'anticipation des situations permettrait la continuité des parcours et favoriser la souplesse et la réactivité des réponses tout en accompagnant les aidants.

Les modalités techniques de formalisation de cette plateforme sont aujourd'hui envisagées sous plusieurs angles. Sont envisagées, la mise en place de conventions de partenariats entre les parties, la création d'association d'associations, ce format offrant une certaine souplesse de fonctionnement. La mise en place d'une structure de type GCSMS fait également partie des options envisageables.

Cette projection s'inscrit dans la dynamique défendue par notre structure et nos partenaires sur le territoire. L'objectif premier reste en tout état de cause, ma volonté d'apporter la meilleure réponse possible aux besoins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur notre territoire.

Conclusion de la troisième partie

Ce projet d'hébergement temporaire se veut volontairement ambitieux mais réaliste. C'est pour cette raison que plusieurs hypothèses de travail ont été proposées dans cette partie. Ce projet peut être l'opportunité de renforcer les coopérations et les partenariats sur le territoire, facilitant ainsi l'accès à ce mode d'accueil temporaire pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants. Défendre une répartition des places sur le territoire, organiser cet accueil sur un modèle pôle avec une coordination unique sont autant d'éléments en faveur de la réussite de ce projet. Ces orientations complexifient cependant le pilotage et la mise en place de ce projet, notamment sur la première hypothèse de travail avec un co-portage du projet avec une autre association du territoire.

À défaut de parvenir à cet objectif idéal, je porterai ce projet qui à mon sens, est un réel levier au soutien au domicile des personnes, particulièrement s'il s'appuie sur l'ensemble des acteurs du territoire et qu'il s'organise autour de services complémentaires en soutien des aidants.

Conclusion

La réalisation de ce mémoire m'a permis d'engager une réflexion globale autour de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie sur un mode d'hébergement temporaire. Ces travaux ont fait ressortir tous les enjeux de cet accueil ainsi que les nombreuses attentes des personnes accueillies, de leurs aidants, des autres établissements, des professionnels du domicile et des intervenants libéraux. L'expression de leurs attentes et leur retour d'expérience ont alimenté mon propos, au même titre que les nombreux écrits relatifs à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et aux aidants.

L'inscription de ce projet d'hébergements temporaires dans le prolongement des politiques publiques actuelles ne se suffit pas à lui-même. En ce sens, j'ai voulu défendre dans ce mémoire des aspects essentiels issus des orientations que je souhaite donner à mon intervention en lien avec ce mode d'accueil particulier.

Ils s'articulent autour de plusieurs axes. Le premier est de proposer une solution de proximité, au plus proche du lieu de vie d'origine des personnes et de leurs proches. Il amène une orientation du projet sur un co-portage afin de couvrir au mieux le territoire de référence. Le second est de renforcer le rôle de cet accueil à destination des aidants, en leur proposant également des temps d'accompagnement avec la plateforme de répit des Moncellières. Le troisième est de renforcer les échanges entre les différents intervenants qui interviennent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, afin de limiter, par l'anticipation, les risques de rupture dans la trajectoire des personnes. Enfin, le dernier axe est le pendant des deux précédents, avec ma volonté d'articuler l'organisation de ces places sur un pôle, doté d'une coordination unique, favorisant et facilitant les échanges entre l'ensemble des intervenants dans et en dehors de l'établissement.

Ce projet revêt un premier enjeu pour l'association et les établissements, grâce au potentiel partenariat avec une (les) autre(s) structure(s) du territoire pour co-porter ce projet. La mise en place d'un tel service pôle implique un changement important dans l'approche des professionnels et des intervenants, au même titre que pour les personnes accueillies.

Il modifie en même temps les modes de communications internes et externes. Enfin, le portage de ce projet, inscrit dans la ligne directrice du sens de mon intervention et sur les hypothèses retenues, présente des risques organisationnels et financiers pour l'ensemble des établissements qui y prendront part. Il s'agit en effet de transformer des places d'hébergements permanents en hébergements temporaires. Lesdits hébergements temporaires nécessitent des temps d'organisation, d'accompagnement et de coordination

plus importants que les modes d'hébergements permanents n'en requièrent. De par les rotations et les besoins d'accueil des personnes, particulièrement dans le cadre d'hébergements temporaires respectant l'objectif de retour à domicile, le taux d'occupation plus faible impacte directement les produits de tarification. Ces éléments combinés peuvent alors constituer un frein pour certains partenaires, au regard de leur situation et de leur stratégie d'accompagnement de ce public sur leur territoire.

Le second enjeu est le renforcement de la reconnaissance de l'association Pôle Ligérien Les Moncellières et des établissements comme acteur majeur du territoire de la COMPA. Le projet s'inscrit également comme une étape supplémentaire dans la stratégie de développement de réponses à destination des personnes âgées dépendantes ou en risque de perte d'autonomie sur le territoire. Il s'intègre dès lors sur un objectif à moyen et long terme, de renforcement global de l'offre sur le territoire avec la mise en place d'un plateau technique du type plateforme de services, capable d'orienter et de proposer de manière centralisée et coordonnée les différents services à destination des personnes âgées dépendantes, en risque de perte d'autonomie et des aidants.

En parallèle de ces projets, plusieurs échéances importantes à moyen terme sont à venir, avec la réalisation des évaluations internes et externes programmées pour 2017 et 2018 pour Les Moncellières. Pour l'établissement Au Fil des Jours, ce sont dès aujourd'hui un projet de rénovation architectural et un projet de réorganisation qui se dessinent.

L'ensemble des actions menées s'inscrivent en réponse aux évolutions démographiques, économiques et sociales du territoire et plus largement de la région, en lien direct avec mes conceptions de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des aidants proches.

Bibliographie

Ouvrages :

ATTIAS-DONFUT C, SEGALEN M, 1998-2007-2014, *Grands-parents La famille à travers les générations*, Paris : Éditions Odile Jacob, 294 p.

CARADEC V, 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 118 p.

CHARPENTIER M, SOULIÈRES M, 2007-2012, *Vieillir en milieu d'hébergement*, Québec : Presses de l'université du Québec, 147 p.

ENNUYER B, 2004, *Les malentendus de la dépendance*, Nouvelle présentation 2004, Paris : Dunod, 298p.

JOËL M-E, 2014, *Accompagner « Autrement » le grand âge*, Paris, Les éditions de l'Atelier, 134p.

SEGALEN M, 2000, chapitre 4, « La parenté dans la société contemporaine » in SEGALEN M, *Sociologie de la famille*, 5^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 282 p.

SEGALEN M, 2002, *Le nouvel esprit de famille*, Paris : Éditions Odile Jacob, 278 p

UNIORPA, BILLE M, 2009, *Choisit-on d'entrer en établissement pour personnes âgées ?*, Paris : L'Harmattan, 126 p.

VERCAUTEREN M, PERSONNE M, 2009, *Accompagner les personnes âgées fragiles*, Toulouse : Érès, 138 p.

Articles périodiques :

DRESS, MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, GROBON S, Décembre 2014, *Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant*, Dossier solidarité et santé, n°57, [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss57.pdf>

DRESS, MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, LECROART A, 2013, *Projection des populations âgées dépendantes*, Dossier solidarité et santé, n°43, 27 p, [consulté le 28/08/2015], disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

GUILLEMARD A-M, 1993, *La production des politiques de la vieillesse*, Persee, n° 37, p 105-123, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_1983_num_37_1_1555

INSEE PAYS DE LA LOIRE, 2012, *Pays de la Loire, 33000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030*. N°101, [consulté le 19/08/2015], disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes101/etudes101.pdf

Guides, études et rapports :

ANESM, 2009, RBPP, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, 64 p, [consulté le 19/08/2015], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=429

ARS DES PAYS DE LA LOIRE, 2011, *Accompagnement personnalisé en EHPAD, état des lieux et pratiques, perspectives et recommandations*, 24 p, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/medico-social/accompagnement_en_EHPAD_2011.pdf

AVEC NOS PROCHE.COM, 2014, COFAIS M, *Préparation de la concertation sur la loi d'adaptation de la société au vieillissement (document de synthèse)*, 13p, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PDF_30_-_ANP_Preparation_de_la_concertation.pdf

CNSA, 2011, Dossier technique, *État des lieux et préconisation sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées*, 102 p, [consulté le 19/08/2015], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/documentation/httpwwwcnsafrdocumentationcnsadostechhebergttempowebpdf>

CNSA, 2012, Rapports d'activités 2011, Accueils de jour, Hébergements temporaires, 26 p, [consulté le 28/08/2015], disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_alzheimer_activite_2011_ajht.pdf

CREDOC, 2008, La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures, 65 p, [consulté le 28/08/2015], disponible sur internet : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

COMPA – EQR CONSEIL SANTÉ & SOCIAL, 2014, *Projet gérontologique, diagnostic*, 50 p. Site internet de la COMPA : <http://www.pays-ancenis.com/publications/>

DREES, 2011, Étude et résultats, *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, N° 771, 8 p, [consulté le 28/08/2015], disponible sur internet : <http://www.aidants.fr/images/stories/fondsdoc/etudesDREES/er771.pdf>

EUROSTAT, *Statistique sur les années de vie en bonne santé*, Avril 2014, mise à jour juin 2015, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/fr

GRATH, 2007, Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique. 88 p, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : <http://www.accueil-temporaire.com/sites/default/files/public/actualite/071022-rapport-enquete-hebergement-temporaire-gerontologique.pdf>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, 2012, *Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS*, Rapport du 2 août 2012, 49 p, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final-Pathos-MEP-BAT-2.pdf

CREDOC, LOONES A, DAVID-ALBEROLA E, JAUNEAU P, 2008, *La fragilité des personnes âgées*, Cahier de recherche n° 256, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

INSEE, Etudes - population, 2014, *Espérance de vie - Mortalité*, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=4153

INSEE, 2005, *Les personnes âgées*, 130 p, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/PERSAG05.PDF>

INSEE, 2014, 9.6 *Les personnes âgées dépendantes*, TEF, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2014/T14F096/T14F096.pdf>

KPMG, 2014, Observatoire des EHPAD, 77 p, [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet :

<https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2011, RATTE E, IMBAUD D, *Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie »*, 42 p, [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_gt3_final_2011_06_17.pdf

LEROY MERLIN SOURCE, 2010, MARCONNET R, MARION G, ENNUYER B, DREYER P, *La place des aidants dans l'habitat des personnes vieillissantes*, 29 p, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://leroymerlinsource.fr/wp-content/uploads/2009/12/images_LMS_pdf_travauxcorr_place_des_aidants_vd_0111.pdf

OMS-WHO, COMITE D'EXPERTS, 1989, *La santé des personnes âgées*, Série de rapport technique 779, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_fre.pdf

PIVETEAU D, 2014, *Zéro sans solution*, 87 p, [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf

UDAF 49, 2009, *Pour un renforcement du soutien aux aidants*, 67 p, [consulté le 11/08/2015] disponible sur internet : http://www.alta-com.com/UDAF//documents_actus/Etude_version_finale.pdf

Communication, dossiers de presse et conférences :

APRIL, 2011, *Les origines de la perte d'autonomie*, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : <http://www.april.fr/informations/les-origines-de-la-perde-d-autonomie>

ASSURANCE MALADIE DE LA SEINE-SAINT-DENIS, DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET DE LA RELATION EMPLOYEUR, 2009, *Le vieillissement professionnel*, Diapositive n°2, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : http://www.dialogue-social.fr/files_upload/documentation/200901271456130.Int_01_GIRY_Jacqueline.PDF

LINDMEIER C, 2014, *Bien vieillir : une priorité mondiale*, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/fr/>

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2014, Plan maladies neurodégénératives 2014-2019, 22p, [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_PMND_18112014.pdf.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2014, Le parcours des aînés (PAERPA), [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

Lois, décrets et circulaires :

CODE CIVIL DES FRANÇAIS, 1804 : édition originale et seule officielle, à Paris, de l'Imprimerie de la République, An XII 1804. Chapitre V, article 205. [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/evenements/code-civil/cc1804-lpt05.pdf>

DÉCRET n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, Journal Officiel n°66 du 18 mars 2004, [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=4757C1372304C7CB804A79FFC6B76DCD.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000000418897&idArticle=LEGIARTI000006229433&dateTexte=20040318&categorieLien=cid

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, *Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)*. [consulté le 28/08/2015], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251786.htm>

LOI n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, Recueil, p. 89, Journal Officiel du 21 juillet 2001, p. 11743. [consulté le 21/08/2015], disponible sur internet : <http://admi.net/jo/20010721/MESX0100027L.html>

LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel N° 2 du 3 Janvier 2002.

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009. [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : <https://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

PROJET DE LOI relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (AFSX1404296L), [consulté le 12/08/2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14> et sur <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces.770/personnes-agees-autonomie.776/dossiers.758/adaptation-de-la-societe-au.2971/>

SENAT, Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 19 mars 2015, Chapitre 3, [consulté le 11/08/2015], disponible sur internet : <http://www.senat.fr/leg/tas14-083.html>

Sites internet :

<http://www.accueil-temporaire.com/>

<http://www.aidants.fr/>

<http://www.aidants49.fr/>

<http://atilf.atilf.fr>

<http://www.cnrtl.fr/definition/>

<https://www.journal-officiel.gouv.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.monalisa-asso.fr/>

<http://www.social-sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille AGGIR et GIR.....	II
Annexe 2 : Cartographie du territoire d'implantation de l'établissement.....	IV
Annexe 3 : Plan du bâtiment des Moncellières.....	IV
Annexe 4 : Organigramme fonctionnel et hiérarchique des Moncellières.....	V
Annexe 5 : Organigramme de l'EHPAD Au Fil des Jours.....	VI
Annexe 6 : Carte des partenariats et réseaux.....	VII
Annexe 7 : Répartitions des places d'EHPAD sur le territoire de la COMPA.....	VIII
Annexe 8 : Courrier de l'ARS, 8 Janvier 2014.....	IX
Annexe 9 : Plan d'action détaillé et synthèse.....	X
Annexe 10 : Tableaux des charges afférentes à l'hypothèse 1.....	XVII
Annexe 11 : Tableau des charges afférentes à l'hypothèse 2.....	XVIII

Annexe 1 : Grille AGGIR et GIR :

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs. À domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné. L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites « discriminantes », sont utilisées pour le calcul du GIR :

- cohérence (communiquer, converser et/ou se comporter de façon sensée) ;
- orientation (se repérer dans le temps, les lieux, les moments de la journée) ;
- toilette (se laver seul) ;
- habillage (s'habiller, se déshabiller, se présenter) ;
- alimentation (manger les aliments préparés) ;
- élimination (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale) ;
- transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) ;
- déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement (mobilité spontanée, y compris avec un appareillage) ;
 - déplacements à l'extérieur (se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport) ;
 - communication à distance (utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme etc.) ;

Sept autres variables, dites « illustratives », n'entrent pas dans le calcul du GIR, mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide :

- gestion (gérer ses propres affaires, son budget, ses biens) ;
- cuisine (préparer ses repas et les conditionner pour être servis) ;
- ménage (effectuer l'ensemble des travaux ménagers) ;
- transport (prendre et/ou commander un moyen de transport) ;
- achats (acquisition directe ou par correspondance) ;
- suivi du traitement (se conformer à l'ordonnance du médecin) ;
- activités de temps libre (pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps).

Chacune de ces dix sept rubriques est cotée A, B ou C :

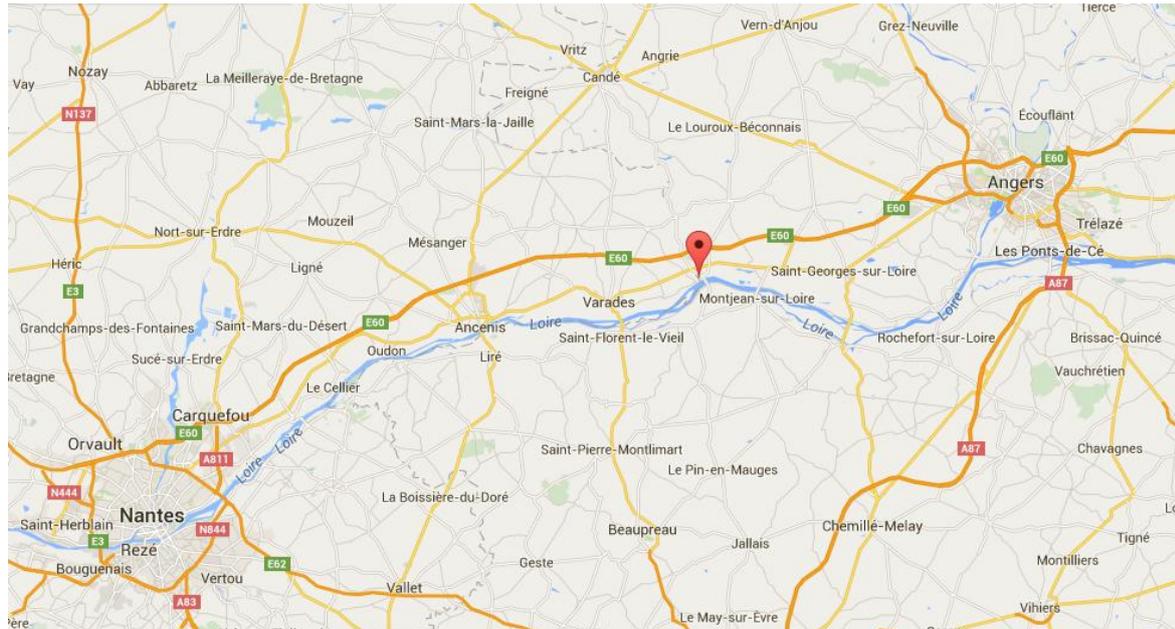
- A correspond à des actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement ;
 - B correspond à des actes partiellement effectués ;
 - C correspond à des actes non réalisés. Les six groupes iso-ressources prévus par la grille AGGIR peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;
 - Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
 - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;
 - Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seule l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
 - Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées :
 - celles n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
 - celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
 - Le GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
 - Le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA, dès lors que les conditions d'âge et de résidence sont remplies. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent éventuellement bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

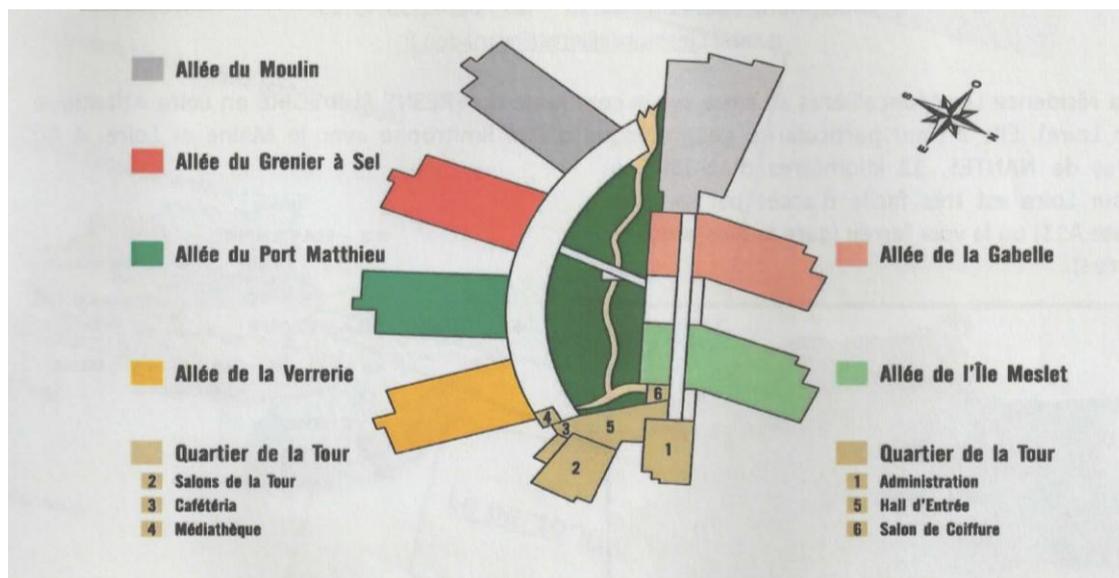
Source documentaire : *Les bénéficiaires de l'APA*, mis à jour le 20 avril 2015, <http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/les-beneficiaires-de-l-allocation,12401.html>

Annexe 2 : Cartographie du territoire d'implantation de l'établissement.

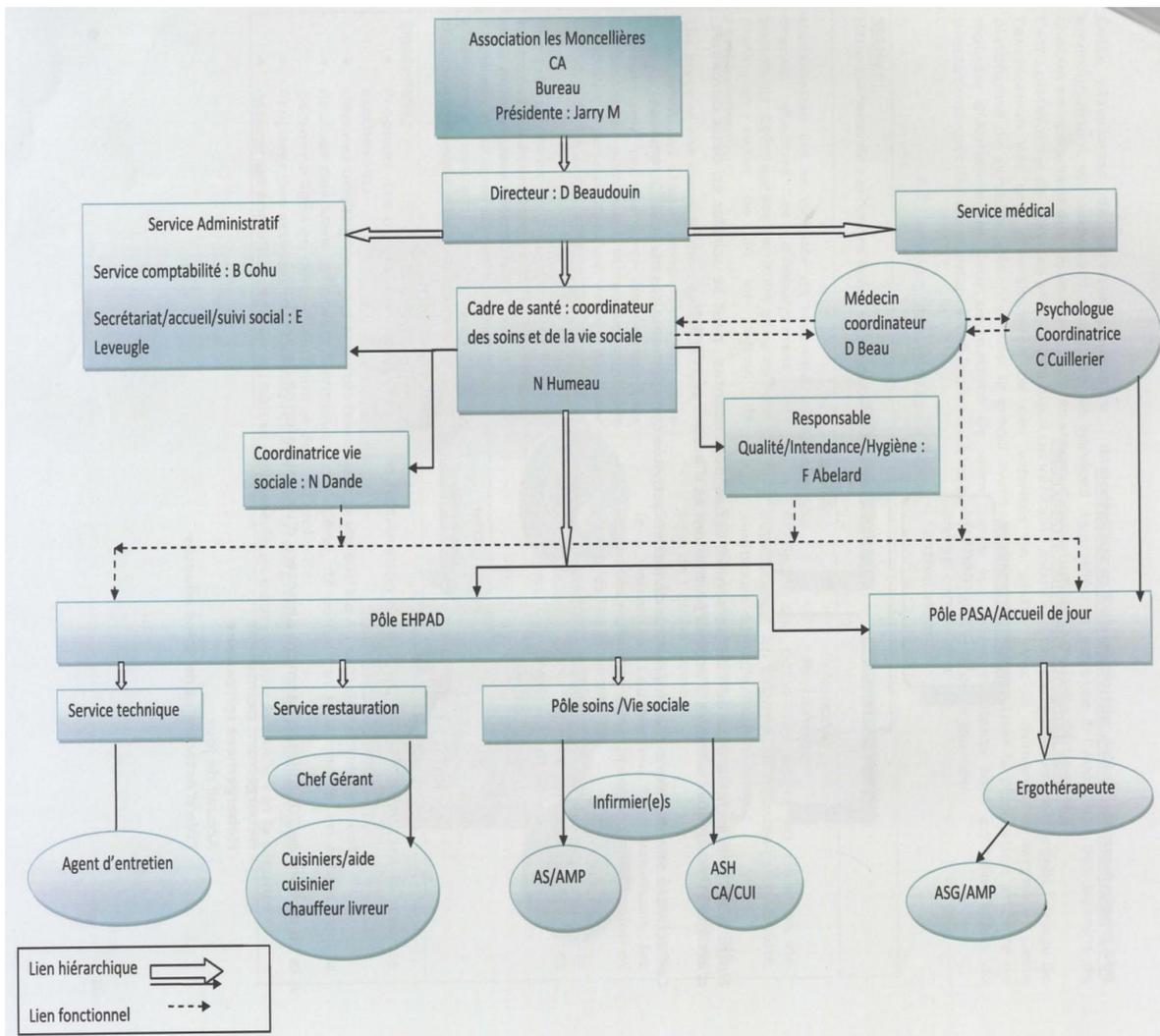


Source : Google Maps.

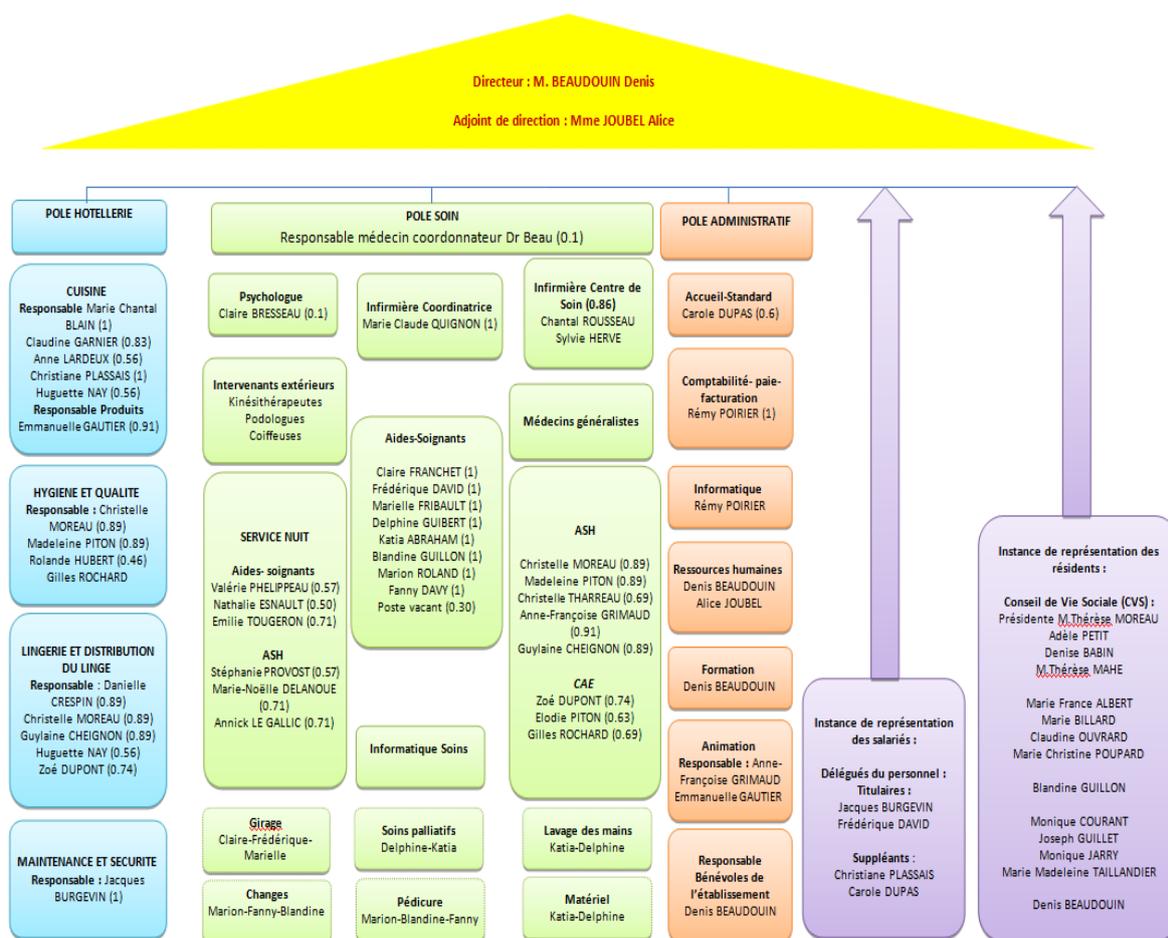
Annexe 3 : Plan du bâtiment des Moncellières.



Annexe 4 : Organigramme fonctionnel et hiérarchique des Moncellières.

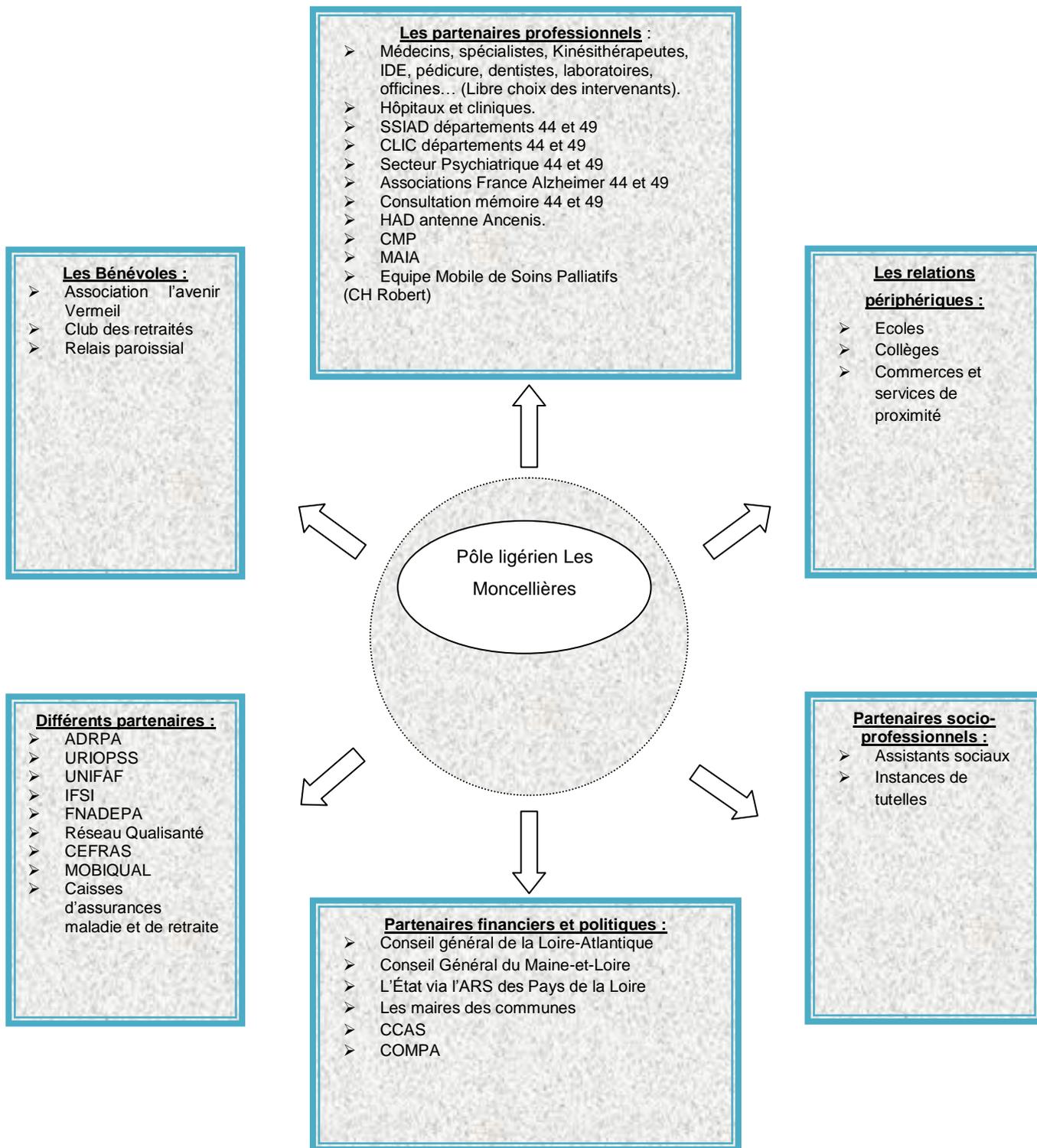


Annexe 5 : Organigramme de l'EHPAD Au Fil des Jours.

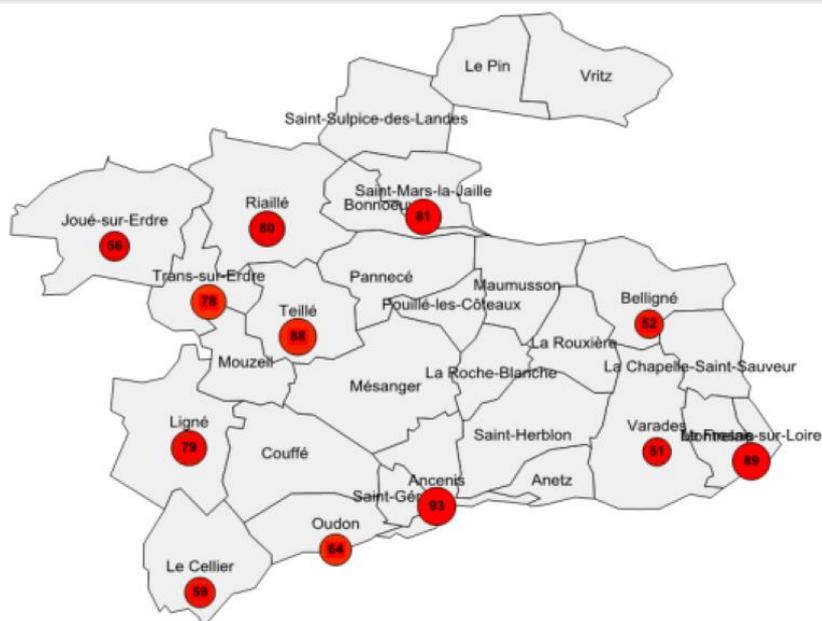


Organigramme « au fil des jours » du 20/03/2014
(x) Equivalent temps plein

Annexe 6 : Carte des partenariats et réseaux.



Annexe 7 : Répartitions des places d'EHPAD sur le territoire de la COMPA.



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source :COMPA, Diagnostic territorial.



DIRECTION ACCOMPAGNEMENT ET SOINS
Accompagnement médico-social

A Mesdames et Messieurs les Directeurs de Structures
d'hébergement temporaire pour personnes âgées

Affaire suivie par :
Tél :
Courriel :

Nantes, le **08 JAN. 2014**

N/référence :
Pièce(s) jointe(s) :

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

L'hébergement temporaire des personnes âgées constitue un dispositif spécifique dans le parcours de la personne âgée en risque de perte d'autonomie.

Pour autant, les modalités de fonctionnement des structures d'hébergement temporaire dans la région sont hétérogènes et leur accessibilité est complexifiée par des difficultés de lisibilité de l'offre existante.

Dans ce cadre, un groupe de travail régional a été mandaté conjointement par la commission de coordination des politiques publiques et la commission médico-sociale de la CRSA afin de déterminer les bonnes pratiques pour l'accueil en hébergement temporaire des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Les propositions de ce groupe de travail, composé de représentants de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, des Conseils Généraux, des usagers et des fédérations, ont été validées par l'ARS et les Conseils Généraux de la région.

Nous avons le plaisir de vous communiquer ce référentiel régional, qui constitue un guide à l'attention de tout gestionnaire d'hébergement temporaire et, plus largement, de tout intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

La conformité des structures d'hébergement temporaire aux préconisations de ce référentiel sera analysée conjointement par nos services, dans le cadre d'une démarche d'adaptation de l'offre départementale, sur la base d'un état des lieux départemental.

Nous vous tiendrons bien entendu informés prochainement des modalités de mise en œuvre de cette démarche.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération distinguée.

La Directrice Générale de l'Agence Régionale
de Santé

R/ Le Président du Conseil Général de Loire Atlantique

Pour le Président du Conseil général,
la Vice-Présidente déléguée

Marie-Sophie DESAULLE

Philippe GROVALET
Chantal LEDUC-BOUCHAUD

17 boulevard Gaston Doumergue – CS 56233
44262 Nantes Cedex 2
Tél. 02 49 10 40 00 -
www.ars.paysdelaloire.sante.fr

Annexe 9 : Plan d'action détaillé et synthèse.

Phase 1	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Collecte d'informations et analyse des fonctionnements internes.	Cadres de santé, Direction, Chargé de mission.	Dès le lancement du projet.	<ul style="list-style-type: none"> Point sur les modalités de mise en œuvre des places d'accompagnements temporaires existantes. Analyse populationnelle et statistique, recommandations Anesm, anciens appels à projets, rapports.... Analyse RH et financière du dispositif. Programmation de réunions de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> Synthèse des données recueillies. Validation des besoins de la population ciblée sur le territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de besoins sur le territoire. Ajustement / validation / abandon du projet. Fonctionnement du dispositif en interne / validation ou correction.
Etude besoins du territoire.	Chargé de mission.	Dès le lancement du projet.	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'un questionnaire à destination des professionnels de santé du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> % de retours et analyse des questionnaires. Remonter les besoins du territoire et attentes des partenaires pour soutenir le dossier du projet 	

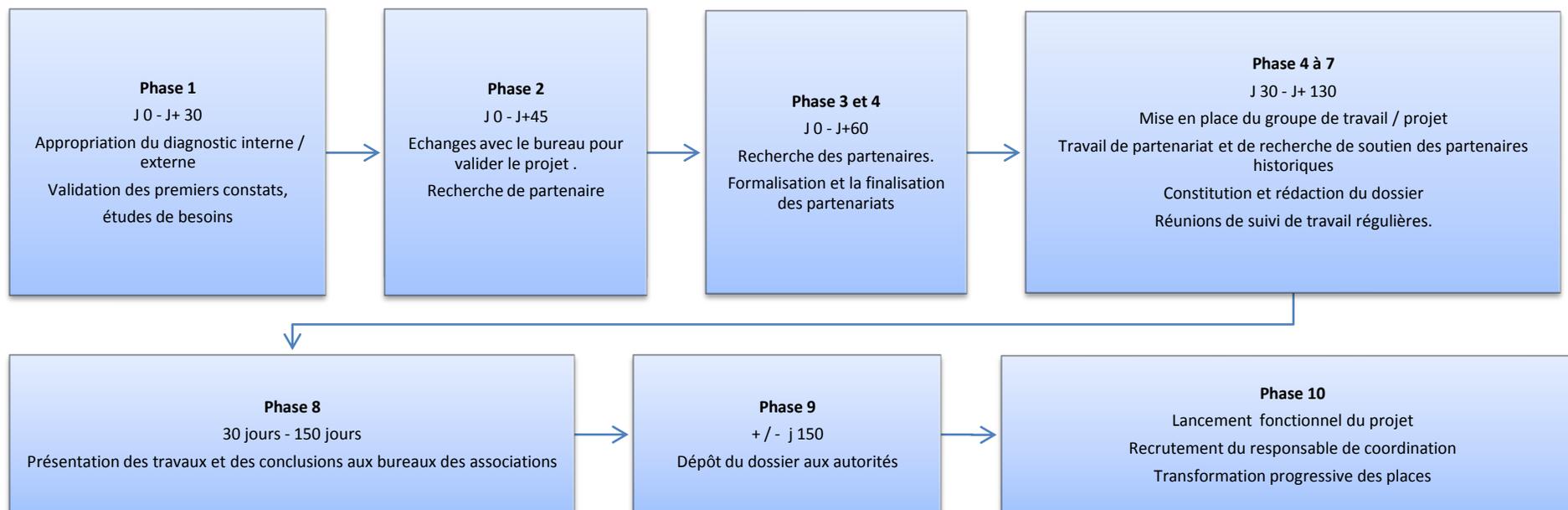
Phase 2	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Validation du travail sur le projet avec le bureau et la présidence de l'association. Entamer le dialogue avec les autorités compétentes.	Direction des établissements et Bureau des associations.	Dès la validation des besoins des personnes sur le territoire.	<ul style="list-style-type: none"> Validation des éléments en fonction des résultats des études de terrains menées en phase 1 & 2. En fonction des résultats, obtenir l'accord des membres du bureau pour lancer le projet. Validation de principe d'un projet co-porté avec une autre structure. Dialogue avec l'ARS pour un projet avec des places non centralisées et un projet co-porté. 	Données qualitatives et quantitatives collectées et analysées en phase 1.	<ul style="list-style-type: none"> Définir la pertinence de porter cette offre sur le territoire. Ajuster le nombre de places à redéployer. Ne pas se positionner sur le projet – Abandon.
Phase 3	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Rechercher des partenaires pour le projet.	Directeur des établissements du pôle Ligérien Les Moncellières.	Dès la fin de la phase 2. Temps de recherche 1 mois.	<ul style="list-style-type: none"> Prise de contact téléphonique avec les autres directeurs du territoire disposant de quelques places d'hébergement temporaire. 	Partenariat avec une structure partageant les mêmes valeurs et adhérant au projet proposé par les Moncellières.	<ul style="list-style-type: none"> Réorienter notre réflexion vers un portage du projet de façon autonome en réduisant le nombre de places à redéployer.

Phase 4	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Formalisation de la coopération entre les structures.	Directions et bureaux des associations respectives.	Dès la finalisation de la phase 3.	<ul style="list-style-type: none"> Formalisation du partenariat entre les structures et co-écriture avec les membres des bureaux et les directions d'établissements. 	<ul style="list-style-type: none"> Formalisation de la coopération réussie. 	
Phase 5	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Mise en place d'un groupe projet et définition des modalités de fonctionnement et objectifs.	Direction des établissements, chargés de mission, cadres de santé.	Maximum 15 jours après la formalisation du partenariat.	<ul style="list-style-type: none"> Réunion de présentation du projet aux parties prenantes du projet. Présentation des objectifs, du temps alloué, de la démarche, des rôles et missions de chacun. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable du projet nommé (direction des Moncellières), Objectifs partagés et fixés. Planification des prochaines réunions – Validation du rétro planning. 	<ul style="list-style-type: none"> Nommer un responsable par site pour limiter les potentiels enjeux de pouvoir.

Phase 6	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Partenariat.	Groupe de pilotage, Chargé de mission.	Dès la mise en place du groupe projet.	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de contact avec les partenaires historiques afin de leur présenter le projet et demander leur soutien sur notre projet, courriers d'intention. • Rencontres avec Autorités de tarification pour poursuivre la présentation du projet en cours. Maintien du dialogue engagé en début de projet. • Recueillir les attentes des partenaires sur la coopération entre les dispositifs domicile-institution. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des partenaires à solliciter établie. • Nombre de partenaires rencontrés. • Nombre de retours de courriers d'intentions. • Cohérence entre le notre projet et les attentes des partenaires. • Présentation du projet à l'ARS dans les délais et accord sur le fond du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuster les délais de rendez-vous et des partenaires en fonction des délais. • Si l'ARS ne valide pas le projet de places sur plusieurs sites : Abandon, ne colle pas avec les projets d'établissements, notion de proximité. • Intérêt porté à notre projet. • Ajustement en fonction des besoins des professionnels. • Connaissance du dispositif.
Phase 7	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Rédaction du dossier et projet de service.	Chargé de mission, directions.	30 - 130 jours après lancement du groupe projet.	<ul style="list-style-type: none"> • Compilation des éléments dans un écrit de présentation de notre projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Points intermédiaires pour validation des éléments et du sens donné au projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Validation par les directions des écrits. Intervention et ajustements si nécessaires.

Phase 8	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Présentation des travaux et du dossier.	Groupe projet, bureaux des associations. Partenaires.	90 jours-150 jours.	<ul style="list-style-type: none"> • Restitution des travaux autour du dossier d'hébergements temporaires et projets de service qui en découlent. • Défendre dans le dossier la répartition des places sur tous les établissements et une coordination centralisée avec une demande de financement dédiée pour ce poste. • Point sur le financement des places d'urgence. • Intégrer à cette présentation les possibilités de plateforme de service. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunir l'ensemble des partenaires en un même lieu. • Adhésion et participation des partenaires et bureaux des associations au projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de financement pour la coordination : diminution de la capacité d'accueil ou retrait du projet. • Absence de compensation pour les places d'urgence : diminution du nombre de ces places, suppression de ces places dans l'offre.
Phase 9	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Dépôt du dossier aux autorités.	Direction des Moncellières.	A la demande des autorités, dès que le dossier du projet est finalisé.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt et promotion du dossier déposé aux autorités. • Défendre nos positions et nos choix sur la répartition des places et la coordination centralisée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier retenu sans condition, • Réussir les ajustements, 	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement de la démarche en interne • Modification si cohérence avec le projet et les valeurs associatives et un financement accepté pour la coordination et l'hébergement d'urgence.

Phase 10	Qui	Quand	Commentaires	Critères d'évaluation	Ajustements
Mise en place du dispositif.	Directions.	Dès validation des autorités, phase 9.	<ul style="list-style-type: none"> Recrutement de la coordination. Déploiement progressif des places. Communication interne et externe autour du dispositif. 	<ul style="list-style-type: none"> dossier non retenu. Réussite du recrutement et de la prise de fonction. Taux d'occupation des places d'hébergements temporaires. Vulgarisation et appropriation du pôle d'hébergement temporaire sur le territoire. Projet de service établi et partagé par tous. 	<ul style="list-style-type: none"> Abandon du projet (quelle négociation pour conserver nos places ?). Relais provisoire de la gestion de ces places par les directions et cadres de santé.



ANNEXE 10 :

Sont présentés dans cette annexe, les éléments constitutifs du budget proposé.

/Charges	Montants en €	Produits	Montants en €
<i>GROUPE I</i>		<i>GROUPE I</i>	
Énergie	100	Produits de tarification :	63000
Carburant	2100	(Enveloppe Budgétaire pérenne)	
Fournitures de bureau	300		
Fournitures Hôtelières	500		
Publicité	800		
Affranchissement	250		
Télécommunication	600		
<i>TOTAL GROUPE I</i>	<i>4650</i>	<i>TOTAL GROUPE I</i>	<i>63000</i>
<i>GROUPE II</i>		<i>GROUPE II</i>	
Coordination	26000		
AS (ménage)	12000		
Animation	1800		
Accompagnement à l'entrée	9300		
Administration	3600		
<i>TOTAL GROUPE II</i>	<i>52700</i>	<i>TOTAL GROUPE II</i>	<i>0</i>
<i>GROUPE III</i>		<i>GROUPE III</i>	
Entretien et réparations	300		
Assurances	850		
DAP Véhicule	3800		
DAP Mobilier	270		
DAP Matériel informatique	430		
<i>TOTAL GROUPE III</i>	<i>5650</i>	<i>TOTAL GROUPE III</i>	<i>0</i>
Total des charges	63000	Total des produits	63000

Figure 20 : Budget prévisionnel des surcoûts inhérents à la transformation de places et à la coordination.

Ce chiffrage intègre, entre autres, l'assurance d'un véhicule prévu pour la coordination. Sont également budgétés des frais de carburant sont estimés sur la base d'un Kilométrage de 25 000 Km à l'année et un coût moyen au litre de 1,40 €. Les frais de télécommunication correspondent à la mise à disposition d'une ligne de portable.

Les charges de personnel se ventilent de la manière suivante (Figure 21) :

Les bases « taux horaires chargés » sont établis à partir d'éléments fournis par les établissements. Bien qu'ils intègrent une part d'ancienneté et d'éléments variables, ils offrent une base de travail assez pertinente. Les montants indiqués dans les comptes de

charges reprennent ces valorisations « au séjour » et sont ramenés au nombre de séjours potentiellement réalisables en considérant un taux d'occupation maintenu à 84% et avec 13 places.

Nature du besoin en temps pour un séjour	Poste	Durée exprimée en Heures	Taux Horaire moyen chargé (SB+Charges patronales) en €	Valorisation sur estimation du temps en €
Coordination	IDEC - CESF ¹⁴²	4	31.6	126.59
Ménage	AS	3	21.1	63.30
Accompagnement Entrée.	Animation	0.5	18.8	9.40
Accompagnement Entrée.	AS -IDE	2	24.4	48.80
Administration	secrétariat	1	18.9	18.91

Figure 21 : Tableau prévisionnel des besoins supplémentaires en personnel liés directement à l'accompagnement et l'accueil des résidents temporaires.

Les dotations aux amortissements apparaissant dans les charges correspondent aux investissements suivants (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) :

Nature	Montants TTC	Durée Amortissement	Dotation
Véhicule	19000	5 ans	3800
Mobilier de Bureau	2700	10 ans	270
Matériel Informatique	800	3 ans	266.7
Logiciel	500	3 ans	166.7

Figure 22 : Tableau prévisionnel des investissements et des amortissements liés à la coordination.

¹⁴² Pour rappel, coefficient de base CESF 479. IDE base 477.

Annexe 10 : Tableau des charges afférentes à l'hypothèse 2.

Hypothèse 10 places :

Charges	Montants en €	Produits	Montants en €
<i>GROUPE I</i>		<i>GROUPE I</i>	
Énergie	100	Produits de tarification : (Enveloppe Budgétaire pérenne)	55400
Carburant	1600		
Fournitures de bureau	200		
Fournitures Hôtelières	350		
Publicité	600		
Affranchissement	200		
Télécommunication	500		
<i>TOTAL GROUPE I</i>	<i>3550</i>	<i>TOTAL GROUPE I</i>	<i>55400</i>
<i>GROUPE II</i>		<i>GROUPE II</i>	
Coordination	22000		
AS (ménage)	11000		
Animation	1600		
Accompagnement à l'entrée	8300		
Administration	3300		
<i>TOTAL GROUPE II</i>	<i>46200</i>	<i>TOTAL GROUPE II</i>	<i>0</i>
<i>GROUPE III</i>		<i>GROUPE III</i>	
Entretien et réparations	250		
Assurances	850		
Véhicule	3800		
Mobilier	270		
Matériel informatique	430		
<i>TOTAL GROUPE III</i>	<i>5650</i>	<i>TOTAL GROUPE III</i>	<i>0</i>
Total des charges	55400	Total des produits	55400

Hypothèse 7 places :

Charges	Montants en €	Produits	Montants en €
<i>GROUPE I</i>		<i>GROUPE I</i>	
Énergie	100	Produits de tarification :	41200
Carburant	1100	(Enveloppe Budgétaire pérenne)	
Fournitures de bureau	150		
Fournitures Hôtelières	300		
Publicité	450		
Affranchissement	150		
Télécommunication	500		
<i>TOTAL GROUPE I</i>	<i>2750</i>	<i>TOTAL GROUPE I</i>	<i>41200</i>
<i>GROUPE II</i>		<i>GROUPE II</i>	
Coordination	16000		
AS (ménage)	7600		
Animation	1200		
Accompagnement à l'entrée	5800		
Administration	2300		
<i>TOTAL GROUPE II</i>	<i>32900</i>	<i>TOTAL GROUPE II</i>	<i>0</i>
<i>GROUPE III</i>		<i>GROUPE III</i>	
Entretien et réparations	200		
Assurances	850		
Véhicule	3800		
Mobilier	270		
Matériel informatique	430		
<i>TOTAL GROUPE III</i>	<i>5550</i>	<i>TOTAL GROUPE III</i>	<i>0</i>
Total des charges	41200	Total des produits	41200

REBOUX

Frédéric

Septembre 2015

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIFTS REZÉ

**Diversifier les modes d'accompagnement en EHPAD au service
du soutien à domicile des personnes âgées et des aidants.**

Résumé :

L'association Pôle Ligérien Les Moncellières gère deux EHPAD situés en Loire-Atlantique. La dynamique de développement des services des dix dernières années se traduit par la diversification des modes d'accueil et d'accompagnements à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des aidants du territoire, avec la mise en place de services d'accueil de jour, d'hébergements temporaires et d'une plateforme de répit.

Dans le prolongement de cette stratégie, et au regard des interrogations portées par les autorités de tarification de la région Pays-de-la-Loire sur le devenir des places d'hébergements temporaires sur le territoire, nous engageons une réflexion complète sur les opportunités et les risques inhérents à une transformation de places d'hébergements permanents en places temporaires.

Le projet vise à proposer une offre de proximité cohérente avec l'objectif d'un accueil temporaire, dotée d'une coordination unique, lisible sur le territoire et faisant coopérer plusieurs structures du territoire ainsi que les partenaires du domicile.

Mots clés :

PERSONNES ÂGÉES, HEBERGEMENT TEMPORAIRE, EHPAD, DÉPENDANCE, AIDE AUX AIDANTS, PARTENARIATS, SOUTIEN À DOMICILE.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.