



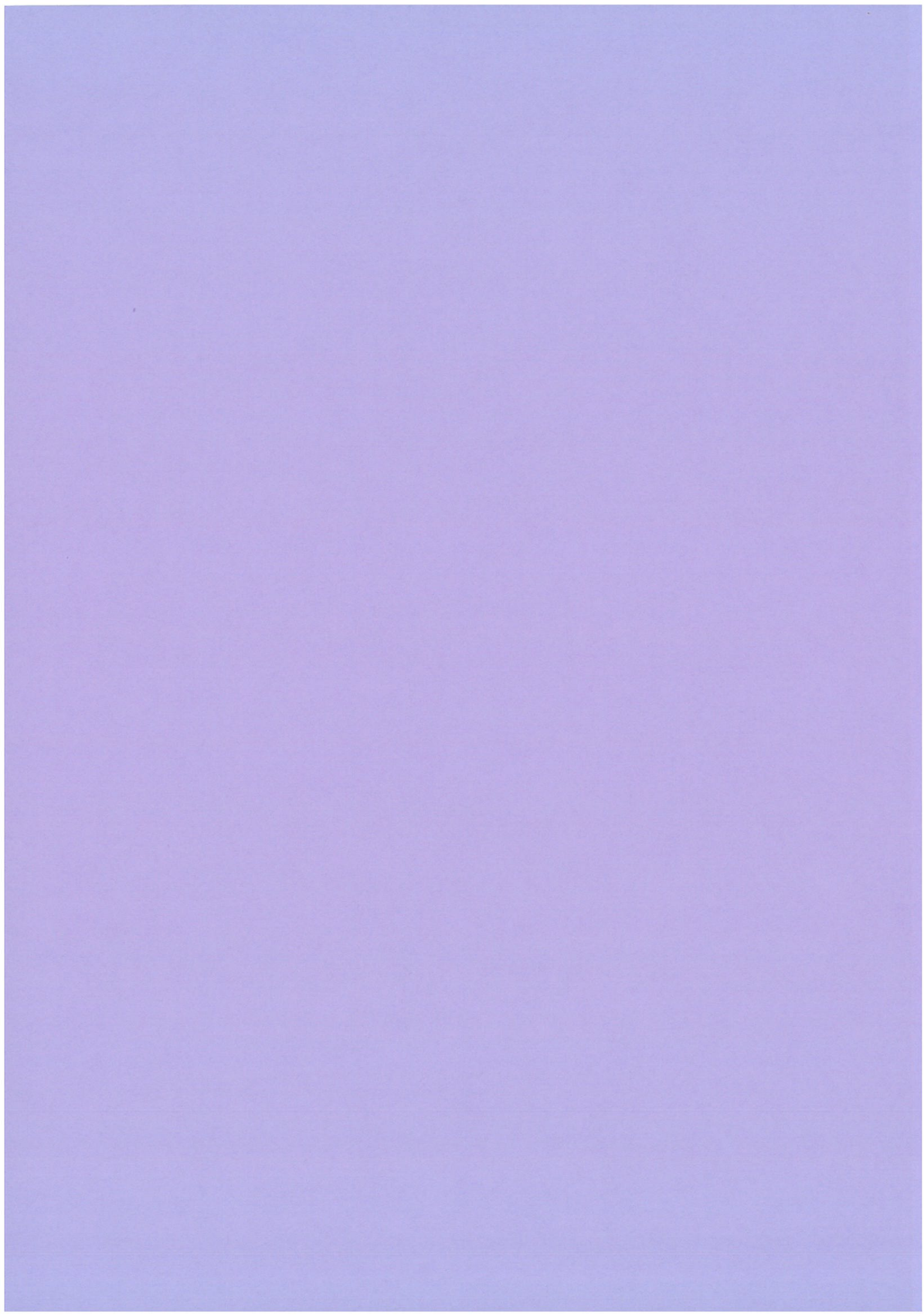
**Optimiser le parcours des personnes âgées dépendantes de basse Ariège
autour de la structuration d'un pôle médico-social**

Valérie PERRIN

2016

cafdes





**OPTIMISER LE PARCOURS DES PERSONNES AGÉES
DÉPENDANTES DE BASSE ARIÈGE AUTOUR DE LA
STRUCTURATION D'UN PÔLE MÉDICO-SOCIAL**

Valérie PERRIN

2016

Remerciements

Je remercie l'ADSEA 09 en particulier le Directeur Général pour m'avoir permis de suivre la formation CAFDES et pour la confiance qu'il m'accorde au quotidien dans la conduite de mes missions.

Je remercie mes collaborateurs pour leur soutien sans faille et leur aide précieuse, mais également pour leur travail de relecture.

Je remercie mon mari et mes enfants qui ont fait preuve de patience et m'ont souvent aidé à prendre du recul quand la pression se faisait trop grande.

Et enfin je remercie particulièrement mon amie Anne, avec qui j'ai partagé ces trois années de formation, ponctuée de grands moments de doute mais également de beaucoup de plaisir et de nombreux fous rires salvateurs. Nous avons noué des liens profonds d'amitié qui m'ont beaucoup aidée à traverser ces trois années et qui se perpétueront j'en suis sûre bien au-delà.

Sommaire

Introduction	1
1 Le parcours des personnes âgées : une notion récente	3
1.1 L'évolution de la place des personnes âgées dans la société	3
1.1.1 Le vieillissement de la population et la définition de la dépendance	3
A) La définition du vieillissement	3
B) La dépendance et la perte d'autonomie	4
1.1.2 L'histoire de l'accompagnement des personnes âgées du maintien à domicile à l'institutionnalisation	5
A) De la révolution au rapport Laroque.....	5
B) La fin des Trente Glorieuses.....	6
C) Le passage à une logique de « solvabilisation » des ménages.....	7
1.1.3 De la coordination à la notion de parcours.	8
A) La coordination.....	8
B) La notion de parcours	10
1.1.4 L'accompagnement des personnes âgées chez nos voisins européens.....	11
1.1.5 La maladie d'Alzheimer	12
1.2 L'évolution de la réglementation comme réponse aux besoins et attentes des personnes âgées	13
1.2.1 Les lois en vigueur	13
A) La loi du n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	13
B) La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.....	15
C) La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.....	16
D) La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.....	17
1.2.2 Le schéma régional d'organisation sociale et médico-social relatif aux personnes âgées en Occitanie.....	19

1.2.3	Le schéma départemental de l'autonomie de l'Ariège	20
A)	L'offre de service à domicile	21
B)	L'offre d'hébergement pour personnes âgées.	21
C)	Les orientations stratégiques.....	21
1.3	L'ADSEA 09, une association au cœur de la politique des personnes âgées sur son territoire	22
1.3.1	Un projet associatif au service de la solidarité intergénérationnelle.....	22
1.3.2	Le pôle médico-social de l'ADSEA dans son environnement	24
A)	Le territoire géographique	24
B)	Les établissements du pôle	24
1.3.3	Les personnes âgées accompagnées par l'ADSEA 09	25
A)	Les données démographiques générales.....	25
B)	Les personnes âgées accompagnés par le pôle médicosocial	26
1.4	Conclusion de la 1^{ère} partie	27
2	L'accompagnement des personnes âgées par l'ADSEA 09	29
2.1.1	Le mode de gouvernance en question	29
2.1.2	La politique de recrutement et la gestion des ressources humaines	30
2.1.3	Les mutualisations déjà engagées au niveau du pôle :	32
2.1.4	L'importance de la maîtrise des coûts.....	32
2.1.5	Le management et la gestion des ressources humaines.....	33
A)	L'équipe de direction et d'encadrement du pôle	33
B)	Le management des équipes	34
C)	Les relations avec les instances représentatives du personnel	34
2.1.6	Les projets d'établissements : un héritage du passé.....	35
2.2	La coordination et les partenariats.....	37
2.2.1	L'intérêt de la coordination.....	37
2.2.2	La coordination sur le territoire de la Basse Ariège.....	38
A)	La coordination au sein de l'ADSEA 09.....	38
B)	La coordination avec les partenaires	38
2.3	L'accompagnement et l'évaluation des parcours de vie.....	39
2.3.1	L'information aux usagers et aux partenaires.....	39
2.3.2	L'accueil et l'admission	40
2.3.3	L'accompagnement et les projets personnalisés.....	42
2.3.4	Le parcours des usagers :	43

A) Dans l'association.....	43
B) A l'extérieur du pôle	44
C) Le repérage des personnes âgées qui aurait besoin d'un accompagnement. ...	45
2.4 Synthèse et objectifs stratégiques	46
3 Structurer l'offre de service pour apporter des réponses personnalisées . 47	
3.1 Mettre à profit l'actualisation des projets d'établissements pour impulser une logique de pôle :	47
3.1.1 Les enjeux du fonctionnement sous la forme d'un pôle	47
3.1.2 Mes principes d'action.....	48
3.1.3 Proposition d'objectifs stratégiques	49
3.1.4 Les étapes de l'élaboration du projet pôle	49
A) La mobilisation de l'équipe de direction autour du projet.....	50
B) L'information des équipes	51
C) L'information des familles et des usagers	51
3.1.5 L'actualisation des projets d'établissements.....	52
3.2 Stabiliser la gouvernance en proposant de créer un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS).....	56
3.2.1 L'opportunité de créer un GCSMS.....	56
3.2.2 Les résultats attendus	58
3.2.3 Méthodologie de mise en place.....	59
3.3 Se coordonner pour optimiser les parcours	60
3.3.1 Développer les outils permettant de mieux répondre aux besoins des usagers dans une logique de parcours.....	60
A) La mise en œuvre des projets individualisés.....	60
B) Partager la connaissance des publics accueillis	61
C) L'animation à l'Ehpad comme vecteur d'intégration et d'ouverture vers l'extérieur.	62
3.3.2 Communiquer pour rendre lisible nos actions.....	63
A) La communication envers les usagers.....	63
B) La communication envers les partenaires.....	64
3.3.3 Développer les partenariats permettant le travail en réseau.....	64
3.4 La démarche qualité comme appui à l'évaluation.....	66
3.5 Conclusion de la 3^{ème} partie	67
Conclusion	69

Bibliographie	71
Liste des annexes	

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ACTP :	Allocation Compensatrice Tierce Personne
ADSEA :	Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance aux Aînés
AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (<i>évaluation du degré de dépendance</i>)
AMDAH :	Services d'Accompagnement et Maintien à Domicile des Aînés et des Handicapés
ANESM :	Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASV :	Adaptation de la Société au Vieillissement (<i>loi</i>)
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHIVA :	Centre Hospitalier du Val d'Ariège
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIGGD :	Centre d'Information et de Gestion de Garde à Domicile
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C POM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DIPEC :	Document Individuel de Prise En Charge
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD :	Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses
ESA :	Équipe Spécialisée Alzheimer
FLPA :	Foyer Logement pour Personnes Âgées
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR :	Groupe Iso Ressources
GMP :	Gir Moyen Pondéré
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HPST :	Hôpital, Patients, Santé, Territoires (<i>loi</i>)
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MECS :	Maison d'Enfants à Caractère Social
MSA :	Mutuelle Sociale Agricole
PAERPA :	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PPRGDR : Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes
les plus démunies
PRIAC : Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de
la perte d'autonomie
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SPASAD : Service Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
VRS : Valorisation des Rôles Sociaux

Introduction

L'image de la vieillesse se construit autour d'un paradoxe, celui de l'expérience et de la sagesse qui laisse toute sa place à la personne âgée dans la société, et celui de la dépendance mettant l'accent sur la perte des capacités physiques et de l'autonomie. Cette vision peut entraîner une marginalisation de la personne âgée en la stigmatisant et la dépossédant de ses rôles et repères sociaux.

De part l'évolution des politiques publiques et des conceptions médicales, scientifiques et sociales, la place de l'usager n'a cessé d'évoluer dans les dispositifs existants. D'un accompagnement basé sur la charité et la lutte contre l'exclusion liée au handicap ou à la perte d'autonomie, la société actuelle positionne désormais l'usager au centre de l'ensemble de ces systèmes. Ainsi, les bénéficiaires, deviennent acteurs de leur parcours de soin et de vie à l'image de tout citoyen. Dans les établissements médico-sociaux, nous sommes tenus d'évoluer pour passer d'une logique de prise en charge à une logique d'accompagnement de la personne aidée. L'usager est maintenant considéré dans sa globalité et non plus uniquement par ses fragilités.

A ce jour, de part l'évolution de la législation et notamment la loi n°2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les professionnels du secteur doivent faire évoluer leur culture professionnelle, afin de fluidifier les trajectoires et parcours des usagers.

Les associations gérant plusieurs établissements ont pour obligation de s'inscrire dans ce schéma.

L'ADSEA 09, association loi 1901, dans laquelle j'occupe la fonction de Directrice du pôle médico-social, s'inscrit dans un projet associatif intergénérationnel depuis plus de 30 ans. Ancrée sur le territoire de la Basse Ariège, elle est reconnue pour ses valeurs associatives permettant à une population connaissant la précarité voire l'exclusion sociale de renouer avec l'ensemble de la cité. Elle n'a cessé de chercher à innover pour mieux répondre aux besoins du territoire, du secteur et surtout de son public, mettant au cœur de ses préoccupations l'enjeu de faciliter les parcours de vie de ses usagers.

Suite à des diagnostics réguliers de l'évolution de ces besoins l'ADSEA 09 participe à la modernisation, à la création et à la sauvegarde des établissements ou services médico-sociaux locaux.

Ainsi en 2016, elle propose à la population de la Basse Ariège un ensemble de services variés permettant de s'inscrire dans une logique de parcours.

Dans cette logique associative, en 2013, il m'a été confié la direction d'un nouvel établissement, celui de l'Ehpad des Sources. Dans cette dynamique de création, d'autres associations du territoire ont souhaité se rapprocher de l'ADSEA 09 pour lui confier la gestion de leurs établissements et services. Cette évolution a rendu nécessaire le passage d'une gestion d'établissements à celle d'un pôle médico-social.

Désormais, le nombre d'établissements et de services au sein du pôle questionne une nouvelle fois nos pratiques et notre organisation afin de mettre en cohérence et en corrélation la volonté du projet associatif, les missions de chaque établissement et le parcours de l'utilisateur.

Cependant, la multiplication des services tant sur le territoire qu'au sein de notre association peut engendrer une perte de repères et des dysfonctionnements altérant l'accompagnement de la personne âgée. Il est donc primordial, pour éviter ces dérives, mais aussi pour optimiser les moyens et être efficace, de structurer le pôle en définissant un projet permettant de fluidifier les parcours. Cette structuration est liée à divers enjeux politiques, territoriaux, associatifs et humains.

Dans une première partie, je vais présenter le contexte politique législatif, territorial, associatif dans lequel se situe l'action du pôle médico-social que je dirige.

Je poursuivrai en analysant les points forts et les faiblesses actuels du pôle en construction de manière à envisager son évolution dans le respect des droits de l'utilisateur, acteur de son parcours et des marges de manœuvres dont je dispose.

Mon plan d'action sera détaillé ensuite dans la troisième partie autour de l'élaboration d'un projet commun permettant de positionner le pôle médico-social de l'ADSEA 09 dans la logique de fluidification des parcours.

1 Le parcours des personnes âgées : une notion récente

1.1 L'évolution de la place des personnes âgées dans la société

Ambivalence de la vieillesse page 44 du livre de l'hospice au domicile collectif

1.1.1 Le vieillissement de la population et la définition de la dépendance

A) La définition du vieillissement

Tout commence par un mot « le vieillissement ». Il peut avoir un caractère collectif ou individuel. Pour l'être humain, son sens premier est défini comme « *l'ensemble des phénomènes qui marque l'évolution d'un organisme vivant vers la mort*¹ » mais également « *l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge*² ». Pour une population donnée, il est le « *fait de voir sa moyenne d'âge s'élever progressivement* »³. Tous les pays développés connaissent cette évolution qui s'accroît par l'effet ciseau, de la baisse de la fécondité et de l'allongement de la durée moyenne de l'espérance de vie⁴. Le phénomène n'est pas nouveau puisqu'il avait été observé par Alfred Sauvy dès l'entre-deux guerres. Les diverses projections font état d'une forte augmentation de la proportion des plus de 60 ans jusqu'en 2035, quel que soient les hypothèses liées à l'évolution de la fécondité et des flux migratoires. En 2010, l'INSEE montrait que : « *En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions* ».⁵ Cette augmentation correspond au vieillissement de la génération des baby-boomers, nés pendant les trente glorieuses.

La notion de vieillesse reste très relative, quand devient-on âgé ? Elle a considérablement évolué au cours des siècles avec l'allongement de l'espérance de vie. On peut l'appréhender de manière administrative, statistique, individuellement ou collectivement. En 1962, année du rapport Laroque on la situait à partir de 65 ans. Aujourd'hui dans les divers écrits, études, statistiques on trouve différents paliers. 60 ans par exemple est le moment, où l'on est en droit de bénéficier des différentes aides sociales : allocation personnalisée d'autonomie, aide-ménagère. C'est également l'âge légal à partir duquel on

¹ Définition du dictionnaire LAROUSSE disponible sur internet [visité le 14 août 2016] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81927>

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ MARTIN C./ ed., 2003, *LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES Quelles politiques en Europe ?* RENNES : ENSP, 372 p.

⁵ INSEE. *Projections de population à l'horizon 2060* [visité le 14/08/2016], disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320#inter2

peut entrer en maison de retraite sans dérogation. C'était, jusqu'à il y a peu de temps, le moment où l'on prenait sa retraite, et où l'on sortait donc de la catégorie des actifs. C'est également l'âge où les personnes en situation de handicap ont la possibilité de choisir entre la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou l'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA). A partir de 75 ans, on entre vraiment dans les catégories des personnes âgées⁶, c'est la période où statiquement la dépendance augmente. Enfin 85 ans, qui correspond aujourd'hui à l'âge moyen d'entrée en institution. Des statistiques établies par la DREES en 1999 montrent que 20% des personnes de cet âge sont dépendantes⁷. Comme nous l'avons vu plus haut, les projections prévoient que le nombre de personnes relevant de cette catégorie d'âge devrait quadrupler d'ici 2060. Il s'agit donc d'un enjeu majeur en termes d'évolution des besoins mais également sur le plan financier. Si ces seuils ou limites ont une utilité au niveau statistique, elles n'ont, à mon avis pas forcément de pertinence en matière d'accompagnement, qui doit être personnalisé. Chaque personne accompagnée n'ayant au fond que faire des chiffres.

B) La dépendance et la perte d'autonomie

Il convient maintenant de s'interroger sur le terme de dépendance, en effet si pendant longtemps l'aide apportée aux personnes âgées était associée à celles des pauvres, aujourd'hui, et notamment depuis les années 90, elle est devenue spécifique. En France, dans les années 80 les termes d'invalides et/ou grabataires sont remplacés par la notion de dépendance. Ce terme est réservé aux personnes âgées, le critère d'âge reste donc déterminant. On utilise tour à tour les mots « dépendance » et « perte d'autonomie » que l'on définit de manière négative comme « l'état de la 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 régulière »⁸. On peut noter également que l'apparition du terme de personnes âgées dépendantes montre une évolution des politiques publiques dont l'action n'est plus destinée à l'intégration des personnes âgées mais au « traitement » des conséquences de la dépendance.

On peut regretter que l'autonomie, au fil des différentes lois promulguées sur le sujet, reste définie au sens des capacités fonctionnelles de l'individu. Je préfère retenir ici le propos de la philosophe Agata Zielinski lors d'une conférence à la CNSA : « Il y a une définition de l'autonomie qui renvoie à la dignité de la personne, qui vise la

⁶Indicateur n°3 : Évolution et répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur3_pqe_invalidite.pdf[visité le 17 août 2016]

⁷MARTIN C./ ed.,2003, *LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES Quelles politiques en Europe ?*, RENNES : ENSP, 372 p

⁸Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

reconnaissance de la personne pour ce qu'elle est avec son histoire, sa culture, son entourage, ses goûts... tout cela pouvant déboucher sur un "projet de vie". *La personne ne se réduit donc pas à un seul aspect de son existence (sa souffrance, son âge ou son handicap, par exemple). Il s'agit de reconnaître ce qui contribue à la faire exister pour ce qu'elle est, ce qui lui donne goût à la vie. On est alors dans une dynamique d'accompagnement, une dynamique relationnelle* »⁹

Il serait, sans doute préférable comme dans d'autres pays européens de parler de « besoin de soins ou de prise en soins de longue durée », traduction de l'anglais « long term care » mais aussi de *reconnaître la dépendance, nécessaire relation à l'autre, comme fondement de notre existence individuelle et collective (Elias, 1991)*

Après avoir défini ces différentes notions, je vais maintenant évoquer l'évolution des politiques publiques en faveur des personnes âgées.

1.1.2 L'histoire de l'accompagnement des personnes âgées du maintien à domicile à l'institutionnalisation

A) De la révolution au rapport Laroque

Avec la révolution, l'assistance aux pauvres, jusqu'alors basée sur la charité, est reconnue comme un droit, et son organisation relève désormais de l'Etat. Il est ainsi créé le comité de la mendicité présidé par le duc de La Rochefoucauld-Liancourt. Dans cette catégorie de personnes pauvres, on retrouve les « vieillards » et les « infirmes » qui sont cités dans les projets de décrets du comité¹⁰. Ces derniers font déjà la différence entre celui qui reste à domicile ou qui est accueilli en hospices ou hôpitaux.

Au XIX^{ème} siècle, la France comme les autres pays d'Europe, est touchée par le phénomène de vieillissement de la population. Aussi dès 1880 se mettent en place les prémices d'une véritable loi « assistancielle » qui sera promulguée le 14 juillet 1905. Pour exemple, en 1897, le gouvernement proposera, dans la loi de finances, l'ouverture de crédits pour l'assistance aux infirmes et aux vieillards de la même année. Cependant, cette assistance reste facultative, elle se fait souvent au détriment d'autres dispositifs et elle est effective uniquement dans les villes d'une certaine importance. Ces expériences permettent néanmoins d'alimenter la réflexion qui aboutira à la promulgation de la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, qui instaure le principe d'assistance comme un droit dans son article 1^{er}.

⁹ CNSA Dossier scientifique Premières rencontres scientifiques sur l'autonomie Évaluer pour accompagner Actes du colloque du 12 février 2009 Cité des Sciences et de l'Industrie, à Paris

¹⁰ Ennuyer Bernard, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et société* 4/2007 (n° 123), p. 153-167 URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm. DOI : [10.3917/g.s.123.0153](https://doi.org/10.3917/g.s.123.0153)

Cette loi donne aussi la primauté au secours à domicile (art 19), et s'il est impossible, elle autorise le financement de l'hébergement (logis) dans une structure privée, publique ou chez des particuliers sous certaines conditions. Elle impose aux collectivités d'assister les vieillards et les infirmes. Auparavant cette mission était réalisée par les bureaux de bienfaisance et les œuvres hospitalières. « *En le sortant de la sphère familiale, la loi de 1905 a transformé l'image traditionnelle du vieillard indigent, en une figure institutionnelle assistée par l'État et les collectivités, dont la commune forme le principal maillon.* »¹¹ Nous voyons qu'à cette époque l'assistance aux personnes âgées est fortement liée au problème de la pauvreté.

C'est le rapport Laroque en 1962 qui constitue un tournant dans la manière d'aborder les politiques publiques en faveur des personnes âgées. Ce rapport énonce clairement que ces dernières font partie intégrante de la société, il affirme que le maintien à domicile doit être la règle. Il énonce même qu'il faut éviter de faire naître un sentiment de dépendance. C'est pourtant ce terme qui sera choisi dès le début des années soixante pour qualifier les personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées et soignées sur le long terme : « *le problème de la vieillesse est dominé par la nécessité de concilier, d'une part l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées, d'autre part, leur maintien dans la société, en excluant toute ségrégation* »¹² ; Pierre Laroque crée également l'assurance maladie en trois branches : la branche maladie, la branche famille et la branche vieillesse sur la base d'un système assurantiel de type Bismarckien mais qu'il veut aussi universel. Nous sommes ici sur un mode de gestion de type État Providence qui sera remis en question dès la fin des Trente Glorieuses suite à la crise économique. On peut considérer néanmoins que cette politique ambitieuse a porté ses fruits, car aujourd'hui de nombreuses personnes âgées dépendantes vivent à domicile.¹³

B) La fin des Trente Glorieuses

En 1975, est promulguée la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales que l'on peut considérer comme fondatrice de ce secteur qu'elle différencie du secteur sanitaire. Elle instaure le principe des autorisations liées à la réponse aux besoins. Elle ne prévoit pas encore la planification, il faut attendre la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de

¹¹ MARREC Y., REGUER D./ (éd.), 2013, *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charges de la fin du XVIIIe siècle à nos jours*, Mont Saint Aignan : Presses Universitaires de Rouen et du Havre, p 175 176

¹² Haut Comité Consultatif de la population et de la famille (1962). *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, Paris, La Documentation Française, p. 5

¹³ En décembre 2013 on comptait 715 000 personnes dépendantes accompagnées à domicile et 503 000 environ en établissement Source DREES numéro 942 2015

compétences en matière d'aide sociale et de santé pour voir apparaître les schémas qui devront permettre la définition des besoins dans chaque département. Entre 1978 et 2001, plus de vingt textes viendront modifier la loi de 75. Il me semble important d'évoquer aussi l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui autorise les établissements de santé privés ou publics de créer et gérer des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle met ainsi fin à la « rupture » créée par la loi de 1970 portant réforme hospitalière et la loi de 1975 citée plus haut. Une refonte globale du secteur sera impulsée par la loi n°2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale que je développerai par la suite. Suite à la crise économique de la fin des années 70, on s'achemine vers une politique de « solvabilisation » des ménages plutôt que par la mise en place d'actions collectives, dans le but sans doute, de mieux contrôler l'attribution des aides. C'est dans cette logique que sont votées les lois de 1997 sur la PSD et en 2002 sur l'APA.

C) Le passage à une logique de « solvabilisation » des ménages

Vers le milieu des années 80, les problèmes de chômage et la crise économique bouleversent les politiques gérontologiques. L'intégration des personnes âgées cesse d'être une priorité. L'accompagnement de nos aînés est vu comme un gisement potentiel d'emploi, des services se créent sans réelle planification et/ou études des besoins. En même temps, après la crise pétrolière, c'est la fin de l'état Providence, sous l'impulsion de l'école de Chicago, on entre dans une nouvelle façon de concevoir les politiques publiques en vue d'un désengagement de l'État, qu'on appellera le « new public management » dont la première application en France sera faite avec les ordonnances Juppé.

C'est dans cet esprit qu'est votée la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance qui vise la « solvabilisation » des ménages plutôt que la mise en place d'actions collectives.

Elle instaure donc une nouvelle prestation en nature intitulée Prestation Spécifique Dépendance (PSD) qui est attribuée sous plafond de ressources, pour les personnes dépendantes âgées de plus de 60 ans, à partir de cet âge elle se substitue à l'ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne). Cette nouvelle loi établit donc clairement une différence selon un critère d'âge qui constitue une frontière nette entre les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Rapidement on constate les limites de cette prestation ce qui conduira en 2001 à la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. La loi de 1997 sur la PSD instaure également la grille AGGIR comme le référentiel permettant d'évaluer la dépendance et de « classer » les personnes âgées en fonction de leur degré de dépendance allant du plus dépendant GROUPE ISO

RESSOURCES (GIR 1) au moins dépendant GIR 6. La PSD sera versée aux personnes classées dans les groupes 1 à 3, l'APA quant à elle intégrera le GIR 4, les caisses de retraites gardant le financement des GIR 5 et 6. Ces prestations sont versées à domicile pour le financement d'aide à domicile mais également dans les établissements au titre de la section dépendance.

Il me semble maintenant pertinent de m'attacher à décrire l'évolution de la coordination du point de vue gériatrique. En effet, l'accompagnement des personnes nécessite une approche pluridisciplinaire, médicale, médico-sociale et sociale, la coordination est donc un enjeu majeur.

1.1.3 De la coordination à la notion de parcours.

A) La coordination

Pour débiter mon propos, je citerai la phrase de Henry Mintzberg « *toute activité humaine donne naissance à deux besoins fondamentaux : la division du travail en diverses tâches à effectuer d'une part et la coordination de ces tâches afin d'accomplir cette activité d'autre part* ». (Mintzberg, 1982) ¹⁴

Le secteur de la gériatrie est particulièrement concerné par la nécessité de se coordonner car il fait appel à une multiplicité d'acteurs souvent cloisonnés, dans le domaine sanitaire, social et médico-social. Il est donc extrêmement complexe.

On peut considérer que le rapport Laroque amorce le mouvement vers l'action sociale territorialisée. En vue de servir l'objectif de maintien à domicile, il incite à la création de services et recommande « *la coordination des efforts à entreprendre* ». ¹⁵

Le 6ème plan personnes âgées (1971-1975) sera l'occasion de mettre en place les contrats de secteurs assortis de financements et instituera la coordination au sein de chaque secteur. Il définit trois objectifs : les services d'aides ménagères, les clubs et les foyers logements, les centres de jour. Cependant on peut déplorer qu'il ne soit pas assorti d'une vraie réflexion sur la coordination et ses attendus ; quels sont les acteurs et/ou les professionnels concernés, Les objectifs du plan ne seront pas atteints ni en nombre de secteurs créés ni en nombre de services développés. Le 7ème plan poursuit l'action engagée en insistant toutefois sur la préservation de la vie sociale des personnes âgées ainsi que leur participation à la création des services qu'ils utilisent. La notion de sectorisation est maintenue avec la création des postes de secrétaires de secteur, préfigurant les cinq cents postes de coordinateurs qui seront créés en 1982.

¹⁴ BLOCH M-A., HÉNAUT L ;,2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* , DUNOD Collection: Santé Social, Dunod / Fondation Paul Bennetot-Groupe Matmutp

¹⁵ Rapport Laroque p.235

Parallèlement, sont créés dans les communes, les offices pour personnes âgées dont la vocation est aussi la coordination des actions du secteur. Sachant qu'il existe déjà des bureaux d'aide sociale. On voit donc déjà se multiplier les organismes chargés de la coordination même si leur intervention reste limitée notamment parce qu'elle n'intègre pas la dimension sanitaire.

Le rapport sur l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées réalisé à la fin du 7^{ème} plan préconisera la création « *d'institutions spécialisées pour coordonner* »¹⁶. C'est à la suite de ce rapport que le secrétaire d'état chargé des personnes âgées créait les postes de coordonnateurs de secteurs. La création de ses postes ne produira pas l'effet escompté, les professionnels seront peu à peu absorbés par les services existants.

Cependant, compte tenu de la complexité du secteur et aussi de la nécessité de maîtriser les coûts, la coordination reste néanmoins une priorité ; Dans les années 2000 commence l'expérimentation qui aboutira à la création des Centres Locaux d'Information et de Coordination instaurés par la 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. Les CLIC se situent à la croisée d'une politique sectorielle menée par l'État mais qui laisse la liberté aux acteurs locaux de s'organiser en s'appuyant sur les coordinations déjà existantes. L'objectif est de mettre en place un lieu repéré où les personnes âgées et leurs proches pourront trouver toute l'information dont ils ont besoin pour s'orienter dans les méandres des services existants, mais les CLICS ont aussi la mission d'évaluer les besoins et d'élaborer des plans d'aide personnalisés. Les CLIC jouent encore aujourd'hui un rôle essentiel pour l'information et l'accompagnement des personnes âgées, particulièrement dans le département de l'Ariège où ils ont été bien implantés. Leurs missions sont bien entendu tournées vers le maintien à domicile, ce qui exclut au-moins en théorie l'aspect sanitaire mais également les établissements d'hébergement.

Plus récemment sous l'impulsion des Agences Régionales de Santé dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012, ont été créées les MAIA à l'origine l'acronyme signifiait « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer » puis leurs missions ont évolué vers le champ plus large de la perte d'autonomie et le sigle signifie aujourd'hui « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie ». *C'est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.*

¹⁶ Maurice Arreckz, rapport sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées, Paris, Assemblée Nationale, 1979

*L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.*¹⁷

Cette méthode s'inscrit dans le cadre du développement du parcours de vie.

Les MAIA intègrent en leur sein des gestionnaires de cas qui sont des *professionnels formés pour accompagner de façon soutenue les personnes âgées en perte d'autonomie*¹⁸ dans le cadre de situations complexes. Les personnes en perte d'autonomie ne peuvent pas s'adresser à eux directement mais doivent être orientés par les professionnels du secteur qui leur transmettent une première évaluation de la situation de la situation concernée.

B) La notion de parcours

L'offre sanitaire et médico-sociale s'appuie désormais sur une logique de parcours, de vie, de soins de santé. Je retiendrai particulièrement la définition du parcours de vie donnée par la CNSA dans son rapport annuel 2012 : « *Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale* ». ¹⁹ L'accompagnement délivré par les établissements et services doit donc faciliter l'adéquation de ce parcours avec le projet de vie.

En ce qui concerne les personnes âgées, le ministère a mis en place une expérimentation qui devrait être généralisée en 2016 le dispositif PAERPA (Parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) dont les objectifs sont :

Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants

Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

¹⁷ LES CAHIERS PÉDAGOGIQUES DE LA CNSA OCTOBRE 2014

¹⁸ Le gestionnaire de cas <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-gestionnaire-de-cas>

¹⁹ Rapport annuel CNSA 2012

Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.²⁰

*L'objectif est de formaliser la mobilisation des professionnels de proximité au plus près des personnes âgées et au plus tôt dans le parcours. À cette fin, la « coordination clinique de proximité » est au cœur du dispositif envisagé.*²¹

La notion de parcours est maintenant fondamentale dans l'accompagnement des personnes âgées, elle est au cœur du projet personnalisé. Elle doit conduire à une complémentarité des actions entreprises auprès des usagers, et nécessite une coordination de proximité de tous les acteurs dans les champs social, médico-social et sanitaire.

1.1.4 L'accompagnement des personnes âgées chez nos voisins européens

La plupart des pays de l'union européenne sont confrontés au même phénomène de vieillissement de la population qui accroît les besoins de soins de longue durée d'aide et d'accompagnement, et la nécessaire maîtrise des coûts. Ils ont également pour point commun de vouloir favoriser le maintien à domicile, pour exemple le Danemark a depuis 1987 interdit la construction des maisons de retraite. Les systèmes de protection sociale diffèrent aussi selon les états. Les pays scandinaves ont mis en place un système de type « beveridgien » fondé sur l'universalité c'est-à-dire que toute personne a droit aux prestations qui lui est nécessaire. D'autres nations comme l'Allemagne ou le Luxembourg ont un modèle « bismarkien » selon un principe assurantiel.

La comparaison de la prise en charge de la dépendance dans les pays européens peut se faire à plusieurs niveaux, mode de financements, d'interventions, des liens entre le soin et le besoin d'aide. Je fais le choix ici de m'appuyer sur l'étude datant de 2001 présentée par Blanche Le Bihan-Youinou et Claude Martin dans le livre « La dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe dans laquelle ils font une comparaison sur les « paniers de service aux personnes dépendantes en Europe », dans six pays l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, la France, la Suède et le Royaume Uni. J'en retiendrai d'abord les points communs. Dans tous ces pays, l'aide aux personnes dépendantes est territorialisée même si c'est à des degrés divers. Dans ce contexte, la coordination reste un enjeu majeur. Ils pratiquent tous une évaluation individuelle des besoins avec l'intervention d'une équipe de professionnels au domicile. Les types de services proposés sont également similaires : soins à domicile, aide-ménagères, aide techniques, maisons

²⁰ Projet de Cahier des charges des projets pilotes PAERPA Ministère des Affaires sociales et de la Santé COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE

²¹ Projet de Cahier des charges des projets pilotes PAERPA Ministère des Affaires sociales et de la Santé COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE

de retraites, foyers-logements. Les aides se répartissent également entre prestations en espèces et/ou en nature.

Pour conclure cette étude, les auteurs classent les différents pays en fonction du degré de standardisation de l'accès au droit et la pression sur l'usager. L'Allemagne avec un fort taux de standardisation, la Suède et le Royaume Uni qui s'appuient sur une logique de besoin avec un taux de standardisation moindre, exercent peu de pression sur les usagers. Ce qui n'est pas le cas de l'Espagne ou de l'Italie.

Pour terminer mon propos sur les politiques européennes, je ferai un « zoom » sur l'organisation par l'Union Européenne de l'Année Européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle et les orientations qui en découlent. En effet, le terme vieillissement actif me semble intéressant car il véhicule une image positive de la vieillesse. Tout d'abord le terme même de vieillissement actif qui désigne le fait d'aider les personnes âgées à rester aussi longtemps que possible les acteurs de leur propre vie et à contribuer à l'économie et à la société dans la mesure du possible.²²

De plus, dans les principes directeurs en matière de vieillissement actif et de solidarité intergénérationnelle rédigés à cette occasion ont trouvé les termes de potentiel des personnes âgées, l'affirmation que nos aînés sont utiles à la société, au bénéfice de toutes les générations.

Les principes directeurs retenus proposent une approche globale de l'action en fixant des objectifs, en matière d'emploi au travers du parrainage des plus jeunes par exemple, dans la participation à la société, l'accessibilité, le maintien de l'autonomie. Ils prévoient également l'engagement de tous, les pouvoirs publics, la société civile, les acteurs publics ou privés.

1.1.5 La maladie d'Alzheimer

En 2009, les pays de l'OCDE comptaient, selon des estimations de Wimo et collègues (2010), 14 millions d'individus de 60 ans et plus souffrant de démence, soit plus de 5 % de la population de cette classe d'âge (graphique 8.4.1). C'est en France, en Italie, en Suisse, en Espagne, en Suède et en Norvège que le taux de prévalence était le plus élevé, 6.3 % à 6.5 % de la population. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de démence ; elle représente de 60 à 80 % des cas.²³

Les troubles consécutifs à la démence nécessitent un accompagnement spécifique aussi bien à domicile qu'en établissement. La prévalence des personnes atteintes et la probable

²² Vieillessement actif Site commission Européenne

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=fr>

²³ OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

augmentation du nombre de cas compte tenu du vieillissement de la population en font un véritable enjeu de santé publique qui mobilise le secteur de la recherche, le secteur sanitaire social et médico-social.

La France a connu trois plans Alzheimer depuis le début des années 2000. Aujourd'hui, en France, plus de 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, plus de 150 000 sont touchées par la maladie de Parkinson et plus de 85 000 par la sclérose en plaque²⁴. Aussi le 4^{ème} plan 2014-2019 a été étendu à l'ensemble des maladies neuro dégénératives, dont fait partie la maladie Alzheimer.

Il affiche trois grandes priorités

Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades

Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants : comprenant une augmentation de l'accompagnement à domicile avec la création de 74 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et

Renforcer le soutien aux aidants avec la création de 65 plateformes de répit.

1.2 L'évolution de la réglementation comme réponse aux besoins et attentes des personnes âgées

Après avoir exploré dans le temps l'évolution des politiques en faveur des personnes âgées, je vais maintenant recenser les différentes lois en vigueur, ainsi que les différents schémas définis sur mon territoire d'intervention.

1.2.1 Les lois en vigueur

A) La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Depuis 1975, plus de vingt textes de loi sont venus impactés le secteur social et médico-social, cependant la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale va marquer un tournant décisif. En effet, non seulement elle définit enfin les missions relevant de l'action sociale et médico-sociale dans ses articles 1 et 2 codifiés dans le code de l'action sociale et des familles à l'article L. 116-1 :

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes

²⁴ Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>

sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. ». Cet article pose clairement le cadre d'intervention, il contient déjà le terme d'évaluation, et il engage l'ensemble des organismes œuvrant dans le champ social et médico-social et notamment la société civile. Dans l'article 5, la loi détaille les missions relevant du champ ainsi que les établissements et services autorisés à les mener. Nous sommes ici dans un secteur organisé, qu'il faut différencier d'une tutelle. Ce qui signifie si l'on prend l'exemple d'une association qui a obtenu une autorisation pour faire fonctionner un service qu'elle est ensuite libre d'administrer et d'organiser la structure créée comme elle l'entend. Les structures d'aide à domicile font désormais partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La grande avancée de cette loi est qu'elle place enfin l'usager au centre du dispositif, elle lui reconnaît des droits, et définit les outils nécessaires pour qu'il puisse les exercer : Ce n'est plus à l'usager de s'adapter à l'institution, mais à cette dernière de construire un projet personnalisé répondant aux besoins et attentes du résident.

Il pose l'obligation d'un accompagnement qui doit être personnalisé et la nécessité de recueillir un consentement éclairé, qui est un sujet délicat lorsqu'on accompagne les personnes âgées parfois atteintes de « démences » et qui nécessite une réflexion éthique. La personne accompagnée doit être acteur de son parcours et participer aux décisions la concernant.

La loi crée donc sept outils dont la mise en place est obligatoire pour les établissements et services autorisés, ils ont pour objectif d'assurer l'effectivité de l'exercice des droits des usagers :

- La Charte des droits et des Libertés de la personne accueillie

- Le Règlement de fonctionnement

- Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge

- Le livret d'accueil

La possibilité de faire appel à une personne qualifiée pour l'accompagner dans ses démarches et notamment en cas de désaccord ou de conflit avec la structure qu'il utilise. La liste de ces personnes est établie conjointement par l'État et le Conseil départemental qui la mettent à disposition des usagers.

Le Conseil de Vie Sociale qui a pour objectif « *d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service.* ». le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des

familles le rend obligatoire pour les services assurant de l'hébergement. Dans son article 14 il en définit les missions :

« Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge ».

Le projet d'établissement : *« Art. L. 311-8. du Code de L'Action Sociale et des Familles (CASF) - Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »*

La loi 2002-2 prévoit également les modalités d'évaluation des établissements et services qui seront soumis à une évaluation interne tous les 5 ans et une évaluation externe tous les 7 ans. Parallèlement, elle instaure une durée de validité de 15 ans pour les autorisations de fonctionner des établissements et services. Le renouvellement de ces autorisations est dépendant du résultat des évaluations.

B) La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

J'évoque rapidement cette loi, pour dire qu'elle prévoyait l'abandon du critère de l'âge et que cette proposition n'a finalement pas été réalisée. De la même manière, la réflexion sur la création d'un cinquième risque lié à la dépendance sans distinction d'âge n'a pas abouti.

Alors que de plus en plus ces problématiques se rapprochent, pour l'exemple le nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour l'autonomie en Ariège concerne à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Le texte conforte également la nécessité d'établir un projet de vie et la volonté des personnes d'être acteurs de leur parcours et de rester des citoyens à part entière.

C) La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Cette loi est promulguée dans le contexte de réforme générale des politiques publiques, c'est-à-dire avec une logique de regroupements et de maîtrise des coûts.

Ce que je souhaite retenir en premier lieu concernant cette loi, est qu'elle rapproche le sanitaire, le social et le médico-social. En effet, jusqu' à présent, dans les années 70 et même en 2002, ces secteurs faisaient l'objet de législation séparée. Elle introduit également la prévention.

Tout d'abord, elle introduit dans son article 1 une notion de coordination entre le secteur social et médico-social « []

« Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif [] participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.²⁵ »

D'autre part, la création des Agences Régionales de Santé a pour objectif de fusionner les administrations sanitaires et médico-sociales pour permettre de mettre en œuvre une véritable politique intégrée. Le (la) Directeur(rice) Régional de Santé a des pouvoirs sur le sanitaire, la médecine de ville et le médico-social.

En application de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, issu de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de juillet 2009 et du décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) comporte une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie.

La loi prévoit également l'élaboration d'un programme stratégique régional de santé dont le contenu est défini dans les articles L. 1434-2 et L. 1434-1 du code de la santé publique, il fixe les objectifs stratégiques de santé et se décline en schémas régionaux : Le schéma régional de prévention, Le schéma régional d'organisation des soins, Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et en programmes d'actions : Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), le Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque (PPRGDR), Le Programme régional de télémédecine, Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Cette

²⁵ Article L. 6111-1 du code de la santé publique

organisation montre bien la volonté du législateur d'intégrer la transversalité dans le sanitaire et le médico-social notamment au travers du SROMS et du PRIAC. Ce qui va nécessiter de mettre ces programmes en cohérence avec les schémas départementaux.

D'autre part, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires transforme complètement la procédure de création et de transformation des établissements et services en instituant les appels à projet. Ce sont désormais l'État et les Collectivités Territoriales qui lancent ces appels à projet en fonction des besoins repérés par les divers schémas et programmes. On pourrait considérer que cette évolution limite les capacités d'innovations des organismes gestionnaires d'établissements et services en ce sens, qu'ils n'ont plus la possibilité directe de déposer des projets issus de leurs analyses et réflexions de terrain.

Dans cette loi, la notion de territoire est également très importante, la région devient ainsi le centre des décisions en matière de santé mais également d'offre médico-sociale, mais des échelons infra régionaux sont également pris en considération au travers des bassins de santé. Là encore, la concertation avec les collectivités territoriales sera primordiale pour définir des territoires pertinents d'action.

D) La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Cette loi a pour ambition d'adapter la société au grand âge, *elle repose sur trois piliers : l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie*²⁶. Elle met également l'accent sur l'innovation en matière de services mais aussi de technologies. Comme le disait déjà le rapport Laroque en 1962, l'objectif est de maintenir les personnes à domicile. En effet, comme nous l'avons déjà vu le nombre de personnes âgées et surtout très âgées va augmenter dans les années futures avec le vieillissement des générations issues du baby-boom (c'est-à-dire les personnes nées après la seconde guerre mondiale entre les années 1945 et 1975 environ) que l'on peut traduire pic de natalité. L'arrivée à la retraite puis le passage dans le quatrième âge d'une population très nombreuse par rapport aux actifs crée une pression financière forte ainsi que la nécessité de s'adapter à des nouveaux besoins.

La création d'un « cinquième risque » ayant été définitivement écartée, ces nouveaux enjeux nécessitaient néanmoins de revoir les orientations stratégiques.

La loi vient renforcer les droits des usagers. En effet, le droit d'aller et venir librement devient un droit fondamental porté à l'article L311-3 du CASF. L'article L311-4-1 prévoit

²⁶ L'adaptation de la société au vieillissement <http://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement> consulté le 24 aout 2016

que « *le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.* ».

La loi étend aussi au secteur social et médico-social le dispositif de la personne de confiance selon l'article L311-5-1 du CASF. Sa désignation se fait dans les mêmes conditions que celles définies par le code de la santé publique.

L'article L331-8-1 est créé dans le CASF obligeant les établissements et services à signaler aux autorités compétentes « *...tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées...* ». Un décret du 24 août 2016 crée un portail de signalement des événements sanitaires indésirables.

Les résidents ont désormais droit à un délai de rétraction de 15 jours pendant lesquels aucun préavis ne peut être demandé. Afin de garantir le consentement éclairé, un entretien avec le Directeur de l'Établissement ou son représentant dûment mandaté doit être proposé.

Pour répondre à l'objectif du maintien à domicile le texte intègre une réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, en augmentant les plafonds d'aide afin de diminuer le reste à charge des usagers.

L'une des nouveautés importantes est la reconnaissance des proches aidants auxquels la loi accorde un droit au répit financé dans le cadre de l'APA.

En ce qui concerne les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), elle définit un socle minimal de prestations qui devront être fournies dans le cadre du prix de journée. Les EHPAD sont tenus désormais de transmettre leurs tarifs au 1^{er} juillet de chaque année à la CNSA.

Les Contrats Pluriannuels Objectifs et de Moyens signés avec les autorités de contrôle (ARS, CD, ou les deux) viendront remplacer les conventions tripartites selon un calendrier qui doit être établi d'ici la fin 2016 par les ARS. Dans ces contrats les objectifs de qualité des prestations sont définis comme dans les conventions, mais ils prévoient également les moyens financiers alloués pendant les 5 années de validité du CPOM. L'autre enjeu majeur pour les Ehpads est le passage à l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses qui viendra dès 2017 se substituer à la procédure budgétaire contradictoire actuellement en cours. L'EPRD modifie en profondeur la construction du budget prévisionnel des

structures qui était basé sur des propositions de dépenses que le tarificateur validait ou non. Désormais, le gestionnaire établira le budget sur la base recettes prévisionnelles qui lui seront communiquées par les financeurs en amont.

La prévention de la perte d'autonomie est également un des axes forts de la loi qui prévoit la création dans chaque département d'une conférence des financeurs dont la mission est de « *définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. À cet effet, elle établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental et recense les initiatives locales* ».

Le programme défini par la conférence, qui s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, porte sur :

- *L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles ;*
- *L'attribution d'un forfait autonomie attribué via un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) par le conseil départemental aux résidences autonomie (nouvelle dénomination foyers logements) ;*
- *La coordination et l'appui actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ;*
- *Le soutien aux proches aidants,*
- *Le développement d'autres actions collectives de prévention.*

La CNSA versera aux départements deux concours financiers qui doivent avoir un effet de levier ; l'un pour les actions de prévention et l'autre pour le forfait autonomie.²⁷

Je vais maintenant m'attacher à détailler deux recommandations Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) qui me semblent particulièrement intéressantes parce qu'elles sont centrées sur la personne accueillie, la personnalisation de son accompagnement et son bien-être.

1.2.2 Le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale relatif aux personnes âgées en Occitanie

Ce schéma a été réalisé et paru en 2012, il n'est donc pas forcément en phase avec le nouveau schéma départemental de l'autonomie qui vient d'être actualisé. C'est le cas par exemple du public accueilli en EHPAD. Le schéma régional souhaite le réserver aux personnes présentant un GIR de 1 à 4, alors que le département souhaite justement l'ouvrir aux GIR 5 et 6.

²⁷ CNSA La conférence des financeurs <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>

Néanmoins le document se décline autour de quatre thèmes qui ont pour finalité de permettre aux personnes de rester le plus longtemps possible à domicile en développant et diversifiant l'offre à domicile et les alternatives à l'hébergement :

Développer les dispositifs d'orientation et de soutien aux aidants avec le déploiement des MAIA et le développement de la formation de l'aide aux aidants

Poursuivre la diversification de l'offre en développant les services et les alternatives à l'hébergement permanent : accueil de jour, hébergement temporaire, les plateformes de répit

Optimiser l'offre en établissement : cette thématique devrait évoluer suite à la promulgation de la loi ASV, cependant le SROMS prévoyait déjà d'encourager la création de logements intermédiaires.

Garantir la qualité des prises en charge et l'efficacité des structures : l'ARS prévoit de soutenir les coopérations entre le secteur sanitaire et médico-social afin d'améliorer la fluidité des parcours ; en intégrant les Ehpad à la filière gériatrique et en soutenant les mutualisations et les regroupements en phase avec l'orientation départemental en Ariège. L'actualisation du SROMS sera sans doute prévue en 2017 puisqu'il arrive à son terme dans le cadre de la nouvelle région Occitanie Pyrénées Méditerranée qui regroupe dans le cadre de la loi NOTRe les deux régions de Midi Pyrénées et de Languedoc Roussillon. On peut penser cependant qu'il reprendra les grandes orientations de la loi ASV c'est-à-dire le maintien à domicile, la prévention de la perte d'autonomie.

1.2.3 Le schéma départemental de l'autonomie de l'Ariège

Ce schéma s'inscrit dans les orientations de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Le schéma départemental de l'Ariège vient d'être actualisé en 2016. L'Assemblée départementale avait dès 2011 marqué sa volonté améliorer la politique en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap notamment en cherchant à éviter les ruptures liées à l'âge. Le schéma unique de l'autonomie a donc pour objectif de favoriser la convergence entre les deux secteurs d'intervention, qui tout en respectant la spécificité de chaque public favorise la transversalité et l'interconnaissance des deux champs. Il n'échappe pas aux préoccupations actuelles que sont la rationalisation de l'offre et la maîtrise des coûts.

Tout d'abord le choix des territoires retenus est celui des quatre pays d'Ariège en cela qu'ils constituent des bassins de vie et de santé et présentent une cohésion économique culturelle ou sociale. Ils correspondent en grande partie aux bassins de santé définis par l'ARS.

A) L'offre de service à domicile

Avec un taux d'équipement pour 1000 habitant de 25,7, le Pays des Portes d'Ariège possède près du tiers des places de Soins Infirmiers À Domicile et il est sur-doté par rapport aux autres pays. Seul le Pays de Foix est en dessous de la moyenne nationale.

D'autre part, la densité en infirmiers libéraux est 1,7 fois supérieure à la moyenne nationale. C'est particulièrement le cas sur la basse Ariège ce qui vient impacter directement le travail du service de soins infirmiers à domicile.

Le schéma ne signale rien de particulier concernant les services d'aide à domicile. Le département compte 4 services habilités par le Conseil Départemental et 15 services agréés par l'Etat qui suite à la loi Adaptation de la Société au Vieillessement seront soumis à autorisation.

B) L'offre d'hébergement pour personnes âgées.

L'Ariège compte 4 logements foyers uniquement pour un total de 86 appartements, dont celui géré par l'ADSEA 09 situé à Pamiers en basse Ariège qui compte 24 appartements au sein d'un Foyer intergénérationnel

Le taux d'équipement en lits d'Ehpad pour le département de 102,9 places pour 1000 habitants est supérieur au taux national (99,6) mais inférieur au taux régional (107, 9). Le taux en basse Ariège est équivalent à celui du département.

La dépendance des résidents accueillis a augmenté de 17 points en 5 ans.

C) Les orientations stratégiques

Dans l'axe 1 du schéma : « *Moderniser la gouvernance* » je retiendrai l'objectif opérationnel suivant : *Faire évoluer la gouvernance des organismes gestionnaires et aller vers une approche territoriale et mutualisée des services*. En effet le département, qui souhaite que *les organismes gestionnaires s'engagent dans une logique d'intégration des réponses aux services à la personne* devrait donc faciliter la création de groupements de coopération dans le cadre de CPOM.

Le département, profitant du maillage territorial important, souhaite aussi conforter les CLIC dans leur mission de coordination et de suivi. Il veut également poursuivre l'installation d'une MAIA à portée départementale.

Il est intéressant de noter qu'un des indicateurs prévus pour évaluer la mise en place d'une gouvernance autonomie est le nombre de situations à risque de rupture repérées par an.

Dans l'Axe 2 : « *Prévenir la perte d'autonomie* » j'identifie, comme l'un des piliers de la politique d'adaptation de la société au vieillissement au niveau départemental, le département qui souhaite élaborer un programme de prévention qui impulsera la création

de services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour favoriser la coordination et la réalisation d'actions de prévention.

Et il met également l'accent sur le repérage des fragilités dans un cadre multi-partenarial associant tous les acteurs impliqués dans la prévention.

L'axe 3 : « *Faciliter les parcours de vie* » montre clairement la volonté du Conseil Départemental de créer les conditions favorables à la continuité des parcours par la mise en place de réponses personnalisées, coordonnées et souples en lien avec le projet de vie.

Ce schéma fait également une grande place au soutien des aidants. Il prévoit de lancer un appel un projet sur une action de soutien des aidants à domicile afin de dépister l'épuisement et pouvoir proposer des solutions adaptées.

Et pour finir il souhaite développer le recours aux nouvelles technologies tout en restant vigilant sur les questions éthiques

1.3 L'ADSEA 09, une association au cœur de la politique des personnes âgées sur son territoire

1.3.1 Un projet associatif au service de la solidarité intergénérationnelle

L'ADSEA 09 est une association loi 1901 constituée sous sa forme actuelle depuis 1987. Son histoire remonte à la seconde moitié du 19^{ème} siècle où elle fut fondée par Aglaé Moyne femme du terrefort, catholique pratiquante. Elle est d'abord administrée par des religieuses. Elle accueille alors des jeunes filles pauvres avec l'objectif qu'elles deviennent de bonnes mères de familles. Puis elle se laïcise en 1975, suite au départ des sœurs, concomitamment, elle devient mixte et commence à accueillir aussi de jeunes garçons.

En 1987, suite à une crise majeure, elle connaît un nouveau départ, avec un nouveau Président, un nouveau conseil d'administration et un nouveau Directeur.

Le projet associatif était alors orienté exclusivement vers la protection de l'enfance puisque l'association gère le Foyer de l'enfance pour le compte du département, ainsi qu'une MECS maison d'enfants à caractère social.

Après une nouvelle crise en 1993, l'association amorce une diversification en direction des personnes âgées, des jeunes travailleurs et des femmes victimes de violence.

En 2013, l'association décide de poursuivre sa diversification envers les personnes âgées en construisant un Ehpad de 80 lits pour répondre aux besoins identifiés par le schéma départemental d'organisation sociale, médico-sociale en faveur des personnes âgées.

Puis en 2014, l'association connaît un véritable essor en fusionnant, en juillet, avec l'AMDAH (Association pour le Maintien à Domicile des personnes Agées et Handicapées) qui gérait un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), une Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA), un service de portage de repas, et un service d'aide à domicile fonctionnant selon le mode mandataire. Et enfin en septembre 2014, l'ADSEA 09 accepte de prendre en gestion l'Ehpad Le Château, situé à 3,5 km du premier. Cette gestion lui est confiée par l'association Saint Joseph, d'abord pour une durée de 8 mois, qui sera prolongée jusqu'à fin 2016.

Le projet actualisé en 2013, s'appuie sur des valeurs fortes qui sont : considérer les personnes les plus fragiles comme des personnes à part entière et respecter la personne humaine dans toutes ses composantes, promouvoir la citoyenneté, s'appuyer sur la famille et l'aide naturelle. Il montre la volonté de l'association de développer la capacité de chacun à se prendre en charge, à agir et à contribuer à sa mesure au « vivre ensemble ». Il donne des principes d'action : aider chaque personne accueillie ou accompagnée à devenir ou rester acteur de sa vie.

L'ADSEA 09 gère donc des établissements et services dont le public va de l'Enfance aux Aînés. Elle est organisée autour de quatre pôles :

Le Pôle Enfance comprenant une Maison d'Enfants à Caractère Social de 32 places, un foyer de l'enfance de 8 places

Le Pôle Familial comprenant un Service Enfance Famille qui suit une cinquantaine de situations dans le cadre de droits de visite « médiatisés » et un Service de Médiation familiale en partenariat avec la CAF et la MSA.

Le Pôle Adulte comprenant : un Foyer Jeunes Travailleurs de 28 places, un hôtel maternel de trois appartements pour l'accueil de mères victimes de violences ou en difficultés sociales. Un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale pour les jeunes majeurs et enfin le Foyer Logement pour Personnes âgées (FLPA) de 24 places. Ce pôle est en lien avec le pôle médico-social par le biais du FLPA.

Je détaillerai les établissements du pôle médico-social dans le paragraphe suivant.

Cette diversité des publics accompagnés sur la période allant de l'enfance à la vieillesse, n'est pas un hasard. En effet, depuis les années 90, le projet associatif s'inscrit dans une démarche intergénérationnelle qui promeut la solidarité entre les générations dont l'illustration concrète est le Foyer Intergénérationnel de Loumet regroupant les pôles enfance, adulte et familiale pour lequel l'association a obtenu le prix de l'innovation européenne en 1993.

1.3.2 Le pôle médico-social de l'ADSEA 09 dans son environnement

A) Le territoire géographique

Je commencerai par préciser le territoire d'implantation et d'action des services du pôle car j'emploie alternativement des termes différents tels que Basse Ariège²⁸ ou Pays des Portes d'Ariège. De plus, la loi NOTRe est venue modifier les contours des cantons et la perspective à court terme de regroupement des intercommunalités rendent plus complexe la compréhension. Le terme Basse Ariège ne correspond pas à une circonscription administrative, elle correspond à la partie la plus au nord du département et la moins élevée. Elle correspond environ à la moitié du Pays des Portes d'Ariège. J'ai choisi ce découpage, car géographiquement la Basse Ariège regroupe l'ensemble des communes où sont implantés les établissements du pôle médico-social. En effet la commune de Verniolle sur laquelle est située un Ehpad du Pôle en fait partie, alors qu'elle n'appartient pas au Pays des Portes d'Ariège. J'aurai l'occasion de préciser les zones d'intervention dans la présentation des services ci-après :

B) Les établissements du pôle²⁹

Le pôle médico-social comprend une large palette d'établissements et services qui accompagnent les personnes âgées dépendantes du domicile jusqu'à l'entrée en institution.

Il est constitué d'un EHPAD (Ehpad des Sources) situé à Saint Jean du Falga commune de l'Ariège près de Pamiers. Il accueille 80 personnes âgées en hébergement permanent et 4 en hébergement temporaire. Il inclut un secteur protégé de 28 lits qui reçoit des personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Il est habilité à 100% à l'aide sociale. Il a ouvert récemment le 4 février 2013.

Sur le même site, sont implantés :

Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) habilité pour 65 places dont 5 pour les personnes en situation de handicap dont le territoire d'intervention regroupe les deux cantons de Pamiers et du Val d'Ariège.

Une Équipe spécialisée Alzheimer³⁰ habilitée pour 10 places est adossée au SSIAD, mais son territoire d'intervention est plus large car il n'existe que 2 équipes sur le département qui n'est d'ailleurs pas complètement couvert. Le service intervient notamment dans la Vallée de la Lèze qui n'est pas dans le champ du SSIAD.

²⁸ Annexe 1 Carte de l'Ariège avec les territoires d'intervention

²⁹ Annexes 2 3 4 5 : Schéma synthétique du pôle et 3 Organigrammes

³⁰ Annexe 6 : Les Missions de l'ESA

Un service de portage de repas en gestion propre, à destination des personnes âgées sur le secteur de la Basse Ariège. Actuellement, il assure environ 40 repas par jour sur 2 tournées.

En partenariat avec une association d'aide à domicile du secteur, un service d'aide à domicile sur le mode mandataire le CIGGD (centre information et de garde à domicile).

Enfin sur la commune de Verniolle on trouve :

L'Ehpad le Château qui dispose de 86 lits en hébergement permanent dont 10 réservés aux personnes atteintes de démences de type Alzheimer ainsi que 2 lits d'hébergement temporaire. Il est habilité à 100% à l'aide sociale. Un Accueil de Jour de 6 places est adossé à l'Ehpad.

A noter également, l'ADSEA 09 gère également le CLIC de Pamiers.

1.3.3 Les personnes âgées accompagnées par l'ADSEA 09

A) Les données démographiques générales

Dans le contexte démographique et socio-économique, on constate une certaine disparité entre les territoires. Le Département est qualifié de rural mais il comporte des zones urbaines et semi urbaines. C'est le cas du Pays des Portes d'Ariège Pyrénées que j'ai dénommé « basse Ariège ». À noter que concernant les pays, le schéma a conservé le découpage d'avant la loi « NOtre » qui a modifié un peu le périmètre des cantons.

Globalement, la population Ariègeoise a augmenté régulièrement entre 1999 et 2011 grâce exclusivement à un solde migratoire positif probablement dû à la proximité de la métropole toulousaine. La Basse Ariège constitue à elle seule 77% de cette augmentation et son poids démographique dans le département a augmenté de 9,4 % sur la même période, alors que les autres pays refluaient. La population départementale a également rajeuni entre les deux dates et la Basse Ariège a un indice de vieillissement (nombre de personnes de + de 65 ans pour cent personnes de moins de 20ans) inférieur à 100, car la population des moins de 20 ans a augmenté 8 fois plus vite que celle des seniors³¹. Néanmoins, le Pays des Portes d'Ariège Pyrénées a connu une progression de + 21,3 % des + de 60 ans avec +44% d'augmentation des plus de 80 ans.

Il me paraît intéressant de noter que le niveau de revenus des ariégeois dans toutes les catégories de populations observées est relativement faible. En 2011, le département figurait au 88^{ème} rang (sur 98) du classement en matière de niveau de vie³². L'écart, par rapport au revenu médian national, est cependant moins important pour les +de 60 ans. Le taux de personnes vivant seules est conforme à la moyenne régionale avec 62% pour les + de 80 ans, les femmes sont particulièrement concernées (77%).

³¹ Source : Schéma Départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour l'autonomie.

³² Source : Schéma Départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour l'autonomie

Selon les taux théoriques de prévalence des personnes dépendantes, l'Ariège compterait environ 4000 personnes de +60 ans dépendantes, ce qui corrobore les statistiques APA qui donnent 4109 bénéficiaires. Selon une source INSEE enquête PAQUID HID, 1800 ariègeois seraient atteints de démence dont les $\frac{3}{4}$ sont des femmes.

B) Les personnes âgées accompagnées par le pôle médico-social

Le niveau de dépendance.

Les deux Ehpad du pôle ont leurs moyens alloués sur la base d'un Gir Moyen Pondéré compris entre 650 et 700. En 2015, le GMP des deux établissements est situé dans cette fourchette. Dans les deux établissements plus de 50% du public accueilli est en GIR 1 ou 2. Pour l'Ehpad le Château il a été plus important les années précédentes mais le « jeu » des entrées/sorties a permis de rétablir l'équilibre.

Les personnes atteintes de démence de type Alzheimer accueillies dans l'unité protégée sont principalement classées en GIR 1 ou 2.

À domicile, nous évaluons également cette donnée notamment pour le SSIAD. Le GMP s'établit de manière durable également entre 650 et 700. Néanmoins cette donnée est moins fiable qu'en Ehpad le GIR est validé par le médecin coordonnateur garantissant une certaine harmonisation.

Nous ne faisons pas de statistiques sur le GIR à l'entrée.

En Ehpad, l'âge moyen d'entrée et l'âge de la population accueillie sont sensiblement similaires et varient entre 85 et 87 ans. Quelques personnes essentiellement des hommes ont moins de 70 ans.

Le public est sensiblement plus jeune pour le SSIAD et l'ESA, la moyenne se situe entre 80 et 85 ans. La moyenne d'âge de prise en charge par l'équipe spécialisée Alzheimer est de 82 ans ce qui semble âgée au regard de la prise en charge qui devrait être faite au début de la maladie.

Globalement sur l'ensemble des services, la grande majorité des personnes est issue du territoire d'implantation des services. C'est bien sûr logique pour l'accompagnement à domicile mais dans les établissements plus de 85% des personnes sont originaires de l'Ariège et parmi elles près de 90% sont issues des cantons d'implantation et/ou d'intervention.

Le public accompagné est essentiellement féminin à plus de 80 %.

En ce qui concerne le FLPA, le Gir Moyen Pondéré s'établit à 257, il est conforme à la réglementation en matière d'hébergement non médicalisé. Il n'y a pas de GIR 1 et 2 mais quand même 8 GIR 4. La moyenne d'âge est assez élevée. Deux tiers des résidents ont

plus de 85 ans et un tiers plus de 90 ans ce qui est important pour ce type d'établissement.

1.4 Conclusion de la 1^{ère} partie

Les politiques en faveur des personnes âgées ont beaucoup mobilisé les pouvoirs publics depuis le rapport Laroque. La crise économique et la fin annoncée de l'État providence ont pour conséquence des contraintes financières fortes qui obligent à la rationalisation des coûts et donc à plus d'efficacité et d'efficience dans l'action. D'autre part, les besoins d'accompagnement augmentent et évoluent car les générations de demain ne sont pas celles d'aujourd'hui.

Depuis la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'utilisateur est au centre du dispositif et ses droits sont reconnus et même renforcés depuis la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. La coordination est plus que jamais un enjeu majeur au service des parcours de vie des usagers.

2 L'accompagnement des personnes âgées par l'ADSEA 09

2.1.1 Le mode de gouvernance en question

L'ADSEA 09 est une association dont l'ancrage territorial est fort, dans le sens où le conseil d'administration a depuis longtemps eu la volonté de répondre aux besoins du territoire au plus près des usagers en développant les services mais également en créant des partenariats dans une logique de développement social local. Elle défend également des valeurs de respect et de solidarité notamment intergénérationnelles. La création du Foyer Logement pour Personnes Agées en 1993 est un exemple de concrétisation de ces principes d'action ainsi que la décision de créer un Ehpad pour répondre aux besoins repérés du schéma gérontologique départemental qui s'inscrit également dans ces principes d'intervention.

La fusion avec l'AMDAH relève également de cette volonté de conserver la gouvernance associative au cœur du territoire. Les contacts entre les deux associations avaient été pris dès 2012, car le conseil d'administration de l'AMDAH ne comptait plus que 2 ou 3 membres et le Directeur devait partir à la retraite. Cette fusion a permis à l'ADSEA 09 de diversifier ses activités vers l'intervention à domicile.

La signature de la convention de partenariat avec l'association Saint Joseph pour la gestion de l'Ehpad le Château s'est faite dans un contexte plus difficile. La Directrice de l'Ehpad devait quitter ses fonctions et avait pris elle aussi des contacts avec l'ADSEA 09. Cependant, son conseil d'administration s'est d'abord montré très réticent à un partenariat avec nous. En effet, les administrateurs ne sont pas forcément conscients des enjeux notamment des contraintes budgétaires fortes et de l'évolution de la législation et ils ont aussi la crainte de perdre leur identité propre. Finalement, le rapprochement a eu lieu mais nous avons dû faire la concession de positionner dans l'établissement un cadre référent car les administrateurs souhaitaient garder un interlocuteur de proximité et présent quotidiennement à l'Ehpad.

En 2016, Le conseil d'administration de l'Ehpad Saint Joseph est satisfait du service rendu par l'ADSEA 09. Cependant, les administrateurs continuent à privilégier le lien direct avec le cadre référent, et restent totalement opposés à une éventuelle fusion. La situation reste donc floue et les non-dits nombreux.

Or, si je veux engager le pôle dans un projet nécessitant des mutations profondes, je dois pouvoir m'appuyer sur une gouvernance solide et sans équivoque et être sûre que les administrateurs souscrivent au projet. A l'inverse, la construction d'un vrai projet de pôle pourrait être l'étape qui permettra de consolider le partenariat.

D'autant plus, que j'estime que le positionnement de l'Ehpad de Verniolle au sein du pôle n'est ni idéal, ni satisfaisant. Je m'explique : le Président et les administrateurs de l'association Saint Joseph ont tendance à traiter directement avec le cadre référent, comme ils le faisaient auparavant avec l'ancien directeur. Cette situation est confortée par la situation géographique de l'établissement qui est le seul du pôle à être décentralisé. Ce mode de fonctionnement a permis d'instaurer les conditions favorables à la mise en place du partenariat, qui sans ça n'aurait pas abouti. Cependant, nous devons franchir une autre étape aujourd'hui pour ancrer de manière pérenne l'Ehpad Le Château dans le pôle médico social.

2.1.2 La politique de recrutement et la gestion des ressources humaines

Le pilotage de l'association est réalisé par un comité de direction « associatif » composé du Directeur Général, du Directeur Général Adjoint, du Responsable Administratif et Financier de l'association, qui est également cadre référent à l'Ehpad du Château sous mon autorité, et enfin de moi-même Directrice du pôle médico-social. Ce comité de Direction se réunit en moyenne deux fois par mois et prend les décisions qui concernent la stratégie globale de l'association avec une partie consacrée à la vie associative et l'autre à l'organisation et la vie des établissements.

C'est dans cette instance qu'est définie la politique de recrutement et que les décisions de recrutement sont validées.

En effet compte tenu de l'enjeu pour l'association, seul le Directeur Général a délégation pour licencier et recruter les salariés excepté pour le remplacement de salariés absents.

Néanmoins, je dispose d'une grande marge de manœuvre.

Compte tenu de l'enjeu de la politique de recrutement et en l'absence de DRH, toutes les décisions en ce qui concerne le recrutement (autre que CDD en remplacement de salariés absents) et la politique RH sont validées en Comité de Direction. En effet seul le Directeur a délégation pour recruter et licencier pour l'ADSEA 09. Après la fusion avec l'Amdah, une clause de mobilité interservices a été intégrée au contrat de travail. Cela a suscité de l'inquiétude au début, mais depuis, quelques personnes ont déjà profité de cette opportunité pour faire une mobilité au sein des services.

Mais là encore la situation de l'Ehpad le Château est singulière puisque les contrats sont signés par le Président, car la convention de partenariat ne prévoit pas explicitement la délégation de la fonction employeur au Directeur Général.

En ce qui concerne la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, elle n'est pas encore mise en place, mais c'est un des objectifs à court terme de la Direction Générale avec en premier lieu la création d'un référentiel de compétences. La première ayant été d'harmoniser les outils informatiques de manière à faciliter l'analyse. Elle sera donc réalisée au niveau associatif en intégrant toutes les compétences présentes dans les établissements de manière à pouvoir identifier des parcours professionnels. Cette partie ne sera donc pas détaillée dans le mémoire. En comité de direction associatif, le sujet est abordé à chaque réunion et nous avons pour objectif d'anticiper au mieux le maintien des compétences des professionnels et les perspectives d'évolution mais la démarche n'est pas formalisée.

L'association dès son origine a fait de la formation un enjeu fort, c'est encore le cas aujourd'hui, nous avons maintenu la même participation au plan de formation malgré l'évolution de la législation.

La formation est sans doute un des processus les plus aboutis au sein de l'association et du pôle. Dès l'élaboration du plan de formation 2016, les grandes orientations ont été étudiées par l'ensemble de l'encadrement du pôle puis le plan de formation définitif a été élaboré sur la base des vœux individuels de formations des agents. Nous cherchons également à faciliter la promotion.

Le plan de formation n'est pas globalisé, chaque établissement a le sien. Cependant, depuis 2015, les grandes orientations sont fixées par pôle, puis le plan final est réalisé sur la base des entretiens individuels dans la mesure des moyens à disposition. En 2016, nous avons poursuivi la formation « bienveillance » ainsi que la formation « les troubles du comportement », qui ont regroupé l'ensemble des professionnels de tous les établissements du pôle.

Ainsi la politique de recrutement, et les formations ont été d'ores et déjà des vecteurs de diffusion de la culture commune.

Il s'agit maintenant de donner un sens à l'action au travers de la définition d'un projet commun, qui sera le ciment de l'équipe et évitera la création « clans » poursuivant des objectifs opposés comme le démontre JR Loubat

« C'est ainsi que lorsqu'un service ne possède plus de véritables projets susceptibles de lui conférer une identité les professionnels se retrouvent dans des identités d'appartenance professionnelle Corporation ou d'appartenance groupale micro-cultures »³³

³³ LOUBAT J.R., 2014 Paris, Dunod Penser le management en action sociale et médico-sociale, p 229

2.1.3 Les mutualisations déjà engagées au niveau du pôle :

Dès 2014, j'ai engagé le pôle dans une réflexion sur les possibilités de mutualisation au sein des services. En effet cette pratique qui consiste à mettre en commun des compétences permet de répondre à la nécessité de maîtriser les coûts en maintenant la qualité de la prestation. Cette réflexion, au-delà de l'aspect financier, permet d'interroger les fonctions, d'éviter les doublons et donc les pertes de temps. Ainsi quelques fonctions ont déjà été mutualisées :

La fonction comptable qui est placée sous la responsabilité d'un cadre. En plus, de la gestion comptable classique, elle réalise les budgets prévisionnels et les comptes administratifs de tous les établissements et services.

La Qualité et les Achats : par redéploiement nous venons de créer un poste transverse pour assurer le suivi de la démarche qualité à mi temps et la fonction achat pour l'autre mi temps. L'employeur de cette salariée est également l'Association Saint Joseph.

Cependant, si les postes sont bien mutualisés sur le pôle, le contrat de travail n'a pas été modifié et les salariés restent sous la subordination juridique d'un seul employeur en l'occurrence ici l'association Saint Joseph.

Or, l'expérience montre que les conflits salariaux ne sont pas rares, l'Association Saint Joseph en a connu plusieurs par le passé. En cas de licenciement, outre l'enjeu financier qui est important cela peut créer des conflits entre les deux associations et mettre en péril la coopération. La convention de partenariat signée entre les deux associations ne donne pas de garanties suffisantes pour permettre de sécuriser les mutualisations ou regroupements de services que je souhaite promouvoir au sein du pôle. Cette question devra être traitée sans doute au moment de la mise en œuvre du projet de regroupement des deux lingerie. En effet celui-ci implique la mise en commun de personnels, de locaux et d'équipements techniques qui nécessiteront un cadre juridique plus sécurisant.

2.1.4 L'importance de la maîtrise des coûts

Comme tous les établissements sociaux et médico-sociaux nous sommes confrontés à des contraintes budgétaires fortes depuis l'avènement des nouvelles politiques publiques visant les mutualisations des services et la maîtrise des coûts. De plus le département de l'Ariège est un territoire où la précarité est importante. Or les services ont été créés pour répondre aux besoins des personnes du territoire, il faut donc pour les Ehpad s'attacher à maîtriser l'évolution des prix de journée. D'autre part, nous nous devons de délivrer une qualité de service toujours plus grande.

Le changement de législation et l'arrivée de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses risquent également de fragiliser les Ehpad. En effet, la dotation ne sera plus calculée en fonction des besoins mais sur la base de tarifs plafonds, les déficits ne seront plus repris et pèseront directement sur les finances des associations.

Dans ce contexte, la situation de l'Ehpad le Château est préoccupante car l'établissement connaît des déficits réguliers qui pourraient mettre en péril à terme son fonctionnement.

Le risque est avéré pour l'association St Joseph, si l'établissement fait un jour l'objet d'une injonction de retour à l'équilibre, elle devra en céder la gestion à un autre organisme.

C'est un facteur de plus à prendre en compte par les administrateurs et qui devrait permettre d'orienter la réflexion vers un mode de coopération plus sécurisé qui pourra permettre de négocier un CPOM au-moins sur le périmètre des deux Ehpad. En effet, l'intérêt d'un CPOM dans notre situation, étant d'avoir une visibilité sur les ressources à 5 ans mais également d'assurer une certaine solidarité entre les établissements.

2.1.5 Le management et la gestion des ressources humaines

A) L'équipe de direction et d'encadrement du pôle

L'histoire de cette équipe est « chaotique », en effet chaque établissement a connu à des degrés divers des périodes difficiles. En 2015, suite à la fusion, l'infirmière coordonnatrice du SSIAD, dont les relations avec l'équipe étaient conflictuelles a quitté le service. A peu près au même moment, à l'Ehpad des Sources, la cadre de santé a été licenciée suite à des dysfonctionnements graves, qui ont eu des répercussions sur l'ensemble du personnel. L'établissement a vu également le départ à la retraite du médecin coordonnateur. Quand à l'Ehpad le Château, après une grave crise en 2008 2009, plusieurs directeurs se sont succédés et c'est la vacance du poste qui a conduit l'association à confier la gestion à l'ADSEA 09 en septembre 2014. Début 2016, la psychomotricienne de l'Equipe Spécialisée Alzheimer quittait son poste après plusieurs mois d'absence.

L'année 2015, a donc été consacrée au recrutement d'une nouvelle équipe d'encadrement qui a été renouvelée au 2/3.

Cela a eu des conséquences importantes sur le fonctionnement des services, même si j'ai veillé à ce que le service rendu aux usagers n'en souffre pas trop, en augmentant mon temps de présence auprès des équipes. Cependant, durant cette période, j'ai eu souvent des remarques des familles et des résidents qui s'inquiétaient de cette absence d'encadrement et qui me faisaient remarquer des dysfonctionnements.

J'avais donc pour objectif de rassembler autour de moi une équipe d'encadrement stable, solidaire et mobilisée car c'est le pré requis pour réussir le changement car, « *il faut bien le dire, il y a un moteur et un prérequis indispensables à tout changement institutionnel : une équipe cadre solidaire, cohérente et adhérente au changement* ». ³⁴Elle est maintenant constituée au complet depuis peu avec l'arrivée récente du médecin coordonnateur. Néanmoins ce n'est pas suffisant, en l'effet si l'adhésion au changement me semble acquise, il reste à définir clairement les rôles de chacun et à mettre en place les conditions favorables à la cohésion et à la solidarité.

B) Le management des équipes

L'ensemble du personnel représente environ 110 d'équivalents temps plein dont la grande majorité intervient directement dans l'accompagnement, c'est-à-dire les infirmiers, les aides soignants et les agents de services hospitaliers. Depuis 2014, ils ont dû faire face à de multiples évolutions de leurs structures, fusion, changement de direction, d'encadrement, ce qui est encore source de stress et d'inquiétude. Ils sont conscients que d'autres changements se préparent, puisque petit à petit, on introduit la notion de pôle, d'évolution possible des organigrammes, de mutualisation, alors que la précédente phase n'est pas encore assimilée.

En effet, depuis l'ouverture de l'Ehpad des Sources, le développement de l'ADSEA 09 a été très rapide, car l'association a saisi les opportunités de garder les services du territoire en maintenant un fort ancrage territorial.

Cependant la temporalité des salariés ne leur permet pas d'assimiler les changements et d'intégrer les valeurs associatives. Le renouvellement presque total de l'équipe d'encadrement n'a pas permis d'accompagner le changement de manière adéquate.

Certes, la rencontre des personnels dans les réunions institutionnelles que j'ai organisées et dans les formations inter établissements a commencé à diffuser un sentiment d'appartenance ; mais ce n'est pas suffisant.

C) Les relations avec les instances représentatives du personnel

Je souhaite aborder ce thème pour évoquer la complexité due à la présence au sein du pôle de deux employeurs distincts, l'ADSEA 09 et l'Association Saint Joseph, ce qui implique une multiplicité des instances même s'il existe un parallélisme des formes de représentation, les deux structures ayant moins de 100 salariés. Chaque association fonctionne sous la forme d'une Délégation Unique du Personnel, le Directeur Général est

³⁴ LOUBAT J.R., 2014 Paris, Dunod Penser le management en action sociale et médico-sociale, p 62

le représentant de l'employeur. J'assiste à toutes les réunions que je prépare à leur demande en amont avec les DP (Délégués du personnel) des établissements du pôle médico-social. Seules les questions relevant des DP qui n'ont pu être traitées en amont sont portées à l'ordre du jour de la DUP. Nous organisons dans l'année quelques réunions spécifiques pour le CHSCT (Comité d'Hygiène et Sécurité et des Conditions de Travail) pour lesquelles j'ai délégation de l'employeur.

Le droit du travail impose à l'employeur de consulter les instances représentatives du personnel pour tout changement organisationnel mais au-delà de l'obligation légale l'enjeu est d'assurer un bon climat social et de permettre des échanges constructifs, d'autant plus que tout changement induit potentiellement des tensions. Il me semble donc que la multiplicité des instances à conduire augmente le risque de troubles.

2.1.6 Les projets d'établissements : un héritage du passé

Je vais maintenant réaliser un état des lieux des projets des différents services qui composent le pôle en m'appuyant sur les résultats de l'évaluation externe quand elle existe.

Comme je l'ai décrit dans la première partie, le pôle s'est constitué de manière rapide en 2014. La même année, deux établissements et services faisaient l'objet d'une évaluation externe selon la réglementation en vigueur.

J'évoque en premier lieu le cas de l'Ehpad des Sources, qui a ouvert ses portes en février 2013, l'autorisation de créer l'établissement a été donnée par les autorités compétentes en novembre 2010, c'est donc à partir de cette date que débute le calendrier de renouvellement de son autorisation. L'évaluation externe aura lieu fin 2017. Le projet d'établissement a été établi par l'équipe projet de construction de l'Ehpad composée de membres du Conseil d'Administration, de médecins gériatres notamment et de la direction générale. Il insiste sur les valeurs et les principes d'action, et les orientations que souhaitent lui donner l'organisme gestionnaire. Mais il est évident, qu'il n'a pas été partagé ni élaboré avec les professionnels qui travaillent aujourd'hui. L'analyse des publics accueillis qui ne pouvait être que très générale est partielle. Son actualisation et la méthode d'élaboration choisie est donc un enjeu majeur pour l'établissement.

Pour Le SSIAD, L'ESA et l'Ehpad le Château, l'évaluation externe a été réalisée en 2014, par le même organisme ce qui garantit une certaine cohérence dans l'analyse bien qu'elles aient été menées en parallèle.

Le résultat montre que les projets n'étaient pas conformes à la réglementation et n'intégraient pas les recommandations de bonnes pratiques.

Les deux projets sont obsolètes, l'évaluation et l'actualisation n'ayant pas été réalisées. Ils ont en commun également que certains services ne font pas l'objet d'un projet spécifique alors même que leur mission et/ou le public accueilli est spécifique. C'est le cas, pour l'Équipe Spécialisée Alzheimer, l'Accueil de Jour, et l'Unité « Alzheimer » de l'Ehpad dénommée « les Ainats ». Certains documents de la loi 2002 n'étaient pas en place.

Depuis 2014, mes collaborateurs et moi-même avons travaillé afin de réduire les écarts majeurs : rédiger les règlements de fonctionnement, les livrets d'accueils, actualiser le document unique de prise en charge pour qu'il soit conforme, relancer le Comité de Vie Sociale à l'Ehpad le Château.

Néanmoins les projets des établissements du pôle constituent toujours un ensemble de documents juxtaposés sans cohérence ni dans la forme ni sur le fond. Les causes sont évidentes, ils ont été élaborés à une période où les établissements n'étaient pas réunis. Le bouleversement des opérations de fusion, de coopération et le turn-over de l'équipe d'encadrement qui a suivi n'a pas permis d'enclencher leur actualisation.

Ceci constitue à mon sens, une priorité. D'abord du point de vue réglementaire et légal puisque le projet d'établissement est obligatoire depuis la loi 2002-02 (article L311-8 du Code de l'action sociale et des familles) et son absence ou son obsolescence pourrait remettre en cause les habilitations des établissements.

Ensuite comme le précise l'ANESM « Le PE-PS est [...] un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure ».

Le respect des droits des usagers est un principe fondamental dans l'action sociale et médico-sociale, c'est sur lui que repose tout notre cadre d'intervention. Comment rendre la personne actrice et maîtresse de son parcours, si elle ne dispose pas d'une information claire et transparente sur les services des établissements qu'elle utilise. De plus en plus d'usagers et leur famille connaissent la réglementation et se réfèrent au projet pour vérifier que nos actions sont bien conformes à nos engagements.

Effectivement, le projet d'établissement doit être perçu comme un acte engagement fort de la Direction mais aussi des équipes, ce qui signifie pour moi « dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit ».

Je souhaite profiter de l'opportunité de l'actualisation des projets d'établissement pour mener la réflexion sur la notion de pôle d'abord avec l'équipe d'encadrement dans un cadre participatif, puis avec les équipes selon une méthodologie qui permettra de croiser les regards en associant tous les métiers.

La définition d'un projet clair et partagé est aussi un outil indispensable pour poursuivre mon objectif de fluidifier les parcours. En effet pour être en mesure d'agir en

complémentarité avec d'autres partenaires, il faut connaître précisément notre champ d'intervention et nos possibilités pour agir ensemble en évitant les doublons. Je souhaite donc porter une attention particulière à la définition d'une stratégie d'ouverture permettant de positionner le pôle dans son environnement.

Les évaluations externes ont permis de dresser un bilan des écarts entre les attendus et la réalité, elles ont également fait ressortir les points forts et faibles des projets d'établissement. Elles constituent une bonne base sur laquelle je pourrai m'appuyer pour l'actualisation des projets.

2.2 La coordination et les partenariats

2.2.1 L'intérêt de la coordination

« Souvent, la représentation de la coordination s'élabore à partir d'un manque, d'un défaut fonctionnel, d'une absence : il suffirait que l'infirmière rencontre au moins une fois la garde à domicile, il suffirait que l'hôpital contacte la maison de retraite, il suffirait de joindre la famille... Néanmoins, chaque catégorie d'acteurs envisage la coordination à partir d'elle-même et non comme un point d'interaction et de mise en commun d'informations et de pratiques. Cette perception engendre d'emblée un pluriel : il n'existe pas une coordination, mais des coordinations, chacune développant sa coordination... »³⁵

Plus il y a d'acteurs, plus ce risque est augmenté, et on obtient l'effet inverse, en complexifiant le réseau on segmente les liens et on déresponsabilise les acteurs qui pensent que la coordination c'est la mission du Clic ou de la Maia et non plus la leur.

« L'intervention d'un réseau s'opère à partir de la personne âgée, et non à partir des intervenants. C'est le respect de la citoyenneté de l'individu, y compris les sujets âgés, qui permet de définir des choix d'intervention. Le maintien du rôle social de la personne âgée dans un projet de vie cohérent et le désir d'adhérer à ce projet limiteront les conséquences du stress et de vécu d'abandon »³⁶ Je compléterai cette phrase en disant que l'intérêt des usagers est de trouver le service dont ils ont besoin au moment opportun.

³⁵ Amyot Jean-Jacques, « Les tribulations de la coordination gériatrique : des stratégies aux usagers », Vie sociale 1/2010 (N° 1), p. 25-42 URL : www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-25.htm. DOI : 10.3917/vsoc.101.0025

³⁶ Olivier DRUNAT, « Droit des personnes âgées et réseau gériatrique », Gériatrie, n° 106, p. 42-46

2.2.2 La coordination sur le territoire de la Basse Ariège.

A) La coordination au sein de l'ADSEA 09

La création du pôle médico-social a déjà permis d'améliorer la coordination au sein des services et la connaissance les uns des autres. Elle a aussi ouvert de nouvelles réponses pour les usagers. Certes les services existaient déjà auparavant mais une personne âgée de Pamiers ne venait pas forcément à l'Accueil de Jour ou en hébergement temporaire à Verniolle, alors que c'est le cas aujourd'hui.

Les conventions que les uns et les autres avaient signées avec les partenaires ont été étendues aux autres services. Cela ouvre des perspectives nouvelles et fait entrer les professionnels dans une nouvelle dynamique.

Il faut donc profiter de cet élan pour pérenniser ce fonctionnement, en l'actant dans les projets de service et l'évaluant dans une démarche qualité commune.

B) La coordination avec les partenaires

Nous avons établi pour les deux Ehpad plusieurs conventions avec l'hôpital dans le cadre de la filière gériatrique : l'hospitalisation à domicile (HAD), l'équipe mobile de Gériatrie de Territoire. Avec l'Unité d'hébergement Renforcé (UHR) de 14 lits *qui permet d'accueillir, pour un hébergement séquentiel, des résidents souffrant de troubles psycho-comportementaux sévères*³⁷.

L'équipe spécialisée Alzheimer travaille en étroite collaboration la consultation mémoire. Nous l'avons vu plus haut les contacts sont réguliers avec le service des urgences, le SSR.

Nous sommes en lien avec le CLIC avec lequel le SSIAD se réunit régulièrement pour le suivi des situations à domicile.

Nous participons au groupe de travail organisé par la MAIA ainsi qu'aux tables tactiques. Je considère donc que nous sommes investis dans le réseau du territoire, malheureusement il n'y a pas eu d'étude approfondie de territoire sur la base d'un diagnostic partagé qui serait la base d'une bonne coopération. La création de la MAIA est d'ailleurs encore mal comprise aujourd'hui, sur un territoire où les Clic étaient bien implantés et reconnus. Le nombre de participants aux tables tactiques est infime, les acteurs du sanitaire sont très peu présents.

De plus, l'absence d'outils partagés de la connaissance des personnes ne facilite pas les échanges.

³⁷Site Internet Centre Hospitalier du Val d'Ariège <http://www.chiva-chpo.fr/index.php/accueil-chiva/4-espace-senior/les-hebergements-en-institution/ehpad-le-bariol.html>

Le partenariat avec les associations d'aide à domicile est également peu développé, nous avons des liens privilégiés avec l'une d'entre elles, la plus importante sur le secteur mais il en existe beaucoup d'autres avec lesquelles nous n'avons aucun lien.

Les relations avec la médecine de ville restent complexes, elle se mobilise peu voire pas du tout sur les réunions MAIA dont un des objectifs est pourtant justement de les faire participer. Sans doute parce qu'elle n'en voit pas l'intérêt. C'est un peu paradoxal, car de plus en plus dans les textes le médecin traitant est vraiment identifié comme le coordonnateur du parcours de soins.

Le rôle du médecin coordonnateur, dans les Ehpad, n'est pas non plus toujours bien compris et accepté, il est très difficile de faire participer les médecins à la commission de coordination gériatrique.

Je ferai donc un bilan en demi-teinte, le système se complexifie de plus les professionnels sont un peu perdus et malgré le nombre d'acteurs et les possibilités il existe encore des points d'incompréhension, des ruptures dans les parcours.

Il existe encore un cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, qui ne permet pas, à mon sens, un vrai accompagnement global. Le pôle médico-social devra intégrer cette dimension dans sa stratégie d'ouverture et être un moteur dans la constitution du réseau.

2.3 L'accompagnement et l'évaluation des parcours de vie

L'objectif de cette partie de mon écrit est de réaliser un diagnostic sur le service rendu à l'usager par les établissements du pôle. Pour faire mon analyse, je choisis de considérer le pôle comme un système unique dans lequel les personnes âgées entrent, sont accompagnées pendant une période plus ou moins longue, puis sortent. Cette analyse sera réalisée à partir des éléments dont je dispose. L'absence de certaines données pouvant constituer un axe d'amélioration. Pour exemple, les enquêtes de satisfaction ne sont pas mises en place. Les dernières réalisées datent de 2011 pour l'Ehpad le Château, les personnes accueillies ne sont plus les mêmes aujourd'hui. Cette étape sera un préalable à l'actualisation des projets d'établissements.

Je vais d'abord expliciter les principes d'intervention de l'ADSEA 09, puis faire un diagnostic sur l'accompagnement des personnes tel qu'il est réalisé dans les services du pôle.

2.3.1 L'information aux usagers et aux partenaires

Tout d'abord, le pôle n'a pour l'instant pas de stratégie de communication cohérente qui pourrait permettre aux usagers potentiels et à leurs proches et aux partenaires de

connaître l'étendue des services proposés, et les types d'accompagnements proposés. L'ADSEA 09 dispose toutefois d'un site internet qui présente tous les services mais rien n'est dit sur l'Ehpad le Château par exemple. Chaque service a sa propre plaquette, il n'y a pas de charte graphique commune. Nous n'avons pas non plus de présentation type à destination des personnels d'accueil qui leur permettraient de faire une présentation standardisée des types de services proposés.

Pourtant, dans l'optique que l'utilisateur soit acteur de son parcours, il est important qu'il comprenne d'emblée dans quelle structure il arrive, quelles sont les valeurs, quels services il pourra également solliciter si besoin. Je me réfère ici à la recommandation de l'ANESM sur la bientraitance chapitre « 2.1 Informer, premier support à l'autonomie ».

Cela ne permet pas non plus, d'avoir une communication claire vis-à-vis des partenaires susceptibles d'orienter des personnes. Bien entendu, sur le territoire les services sont connus, mais le pôle en tant que tel n'est pas connu.

Pour y remédier, le pôle médico-social pourra s'appuyer sur les services du siège, suite au recrutement d'un cadre chargé de la communication associative. En effet, la direction générale a posé l'amélioration de la communication comme un objectif stratégique pour 2016/2017. Cependant le préalable à la communication reste la définition et l'élaboration d'un projet qu'il conviendra de faire partager.

2.3.2 L'accueil et l'admission

Les points d'entrée dans le pôle sont nombreux et les critères d'admission varient suivant le type de service à domicile ou en établissement.

Chaque Ehpad organise sa propre commission d'admission, composée du médecin coordonnateur, de la cadre de santé, de la psychologue et de la secrétaire de direction, qui statue sur la base du dossier type national et suivant les éléments fournis par la personne âgée elle-même, ses proches, et le médecin traitant. L'évaluation se fait au regard de la situation de la personne, son état de dépendance décrit dans la grille AGGIR, les soins dont elle a besoin, le degré « d'urgence de la demande », sa situation familiale si elle est isolée ou non. Mais elle statue également en fonction des possibilités offertes par la structure et de la charge globale de l'établissement au moment où elle se réunit.

Cette procédure est conforme à la réglementation. Cependant, d'une part il y a déjà eu des dossiers qui pouvaient être acceptés par un établissement et rejetés par l'autre, sans qu'il y ait eu concertation préalable. Pourtant il me semble primordial d'apporter une réponse concertée, en expliquant au demandeur les raisons de notre décision et en diffusant nos critères. L'arrivée d'un médecin coordonnateur commun aux deux structures devrait permettre d'améliorer cet aspect, mais cela reste à mon avis un axe de travail.

D'autre part, le temps qui s'écoule entre le moment où la personne reçoit la notification de son accord et le moment où elle est susceptible d'intégrer la structure, est extrêmement variable pouvant aller d'à peine 1 mois jusqu'à 1 an ½. En effet, les entrées en Ehpad font suite au décès de résident, et compte tenu des contraintes budgétaires, nous sommes tenus de laisser le moins longtemps possible les chambres inoccupées. Il arrive donc, parfois que des personnes ayant attendu plusieurs mois, soient soudainement contactées pour une entrée dans les jours suivants. Je trouve ceci particulièrement « violent », pour la personne et pour la famille, et je pense qu'une meilleure information aux demandeurs et une meilleure gestion de la liste d'attente pourraient en atténuer les effets.

Pour le SSIAD et l'ESA, qui interviennent à domicile, l'entrée dans le service se fait par prescription médicale et une visite à domicile est systématiquement effectuée par l'infirmière coordonnatrice, accompagnée de la psychomotricienne si cela concerne l'ESA. De plus, il n'y a pas la même problématique concernant les listes d'attente qui pour l'instant sont quasiment vides. L'admission se fait donc quasiment immédiatement après l'évaluation. Lors de cette visite, la présentation de l'association est réalisée ainsi qu'une présentation des autres services du pôle mais sans qu'il y ait une formalisation particulière.

La présentation des services est également assurée par les agents d'accueil ou par les différents personnels lors de contacts avec des usagers potentiels. Aujourd'hui, la qualité de l'information donnée n'est pas contrôlée et les supports sont à travailler.

La phase d'accueil, proprement dite, est reconnue comme une étape importante par l'ensemble des professionnels. Bien qu'elle ne soit pas formellement « protocolisée », elle suit un certain nombre d'étapes clairement identifiées. Elle est préparée en amont par le cadre de santé, en Ehpad. Des professionnels sont détachés (1 AS, 1 IDE) pour l'accueil proprement dit et le recueil des habitudes de vie. Généralement, dans la même journée le cadre de santé rencontre le résident et sa famille dans sa chambre, c'est l'occasion d'explicitier le fonctionnement. La secrétaire de Direction reçoit la personne et sa famille pour la partie administrative dès que possible sans urgence, les principaux documents étant recueillis avant l'entrée.

Lors de cette phase d'accueil se pose la question de la recherche du consentement éclairé, beaucoup de contrats de séjour (c'est un peu moins le cas pour les documents individuels de prise en charge) ne sont pas signés par le résident lui-même sans qu'il y ait une mesure de protection. En effet, je constate qu'au moment de l'entrée, le résident et ses proches constituent souvent « un tout » et qu'on ne prend pas la peine de voir le résident seul. Nous devons revoir ce point conformément à la loi de l'adaptation de la société au vieillissement qui prévoit une rencontre systématique du résident seul avec le Directeur ou son représentant, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

2.3.3 L'accompagnement et les projets personnalisés

L'association s'appuie sur des valeurs humaines fortes, qui placent l'utilisateur au centre des préoccupations notamment au travers du principe de la valorisation des rôles sociaux. Cette notion a été définie par Wolf Wolfensberger³⁸ en 1972. La VRS poursuit deux objectifs principaux³⁹

- *donner une image sociale positive des bénéficiaires en respectant ses habitudes antérieures, en l'habillant selon ses souhaits, en lui permettant de continuer à mener une vie sociale correspondant à ses attentes*

- *Développer les compétences tout au long de la vie quelques soient sa déficience et son handicap*

Ce concept me paraît particulièrement important pour la personne âgée, car la perte d'autonomie et notamment l'entrée en institution se traduit souvent par un bouleversement des rôles sociaux exercés par la personne, associé à la perte de capacités physiques. J'ai pu l'observer au cours de ma pratique quotidienne, en rencontrant les personnes âgées souvent résignées, plus que consentantes, à l'entrée en Ehpad.

Les équipes prises par l'ampleur des tâches quotidiennes, la nécessité d'aller vite, ont tendance à aborder les personnes âgées comme un objet de soins et non comme une personne à part entière avec son histoire, ses envies. Pour aller plus vite, les professionnels font à la place, ce qui va à l'encontre de leur mission première qui est de préserver l'autonomie.

Pourtant ils connaissent les principes de bientraitance, les comprennent et bien sûr y adhèrent. Mais l'accompagnement se situe au carrefour d'injonctions contradictoires : les protocoles à appliquer, les soins à prodiguer, la sécurité à assurer, des budgets serrés, une exigence croissante des usagers et de leurs proches, l'accompagnement qui doit être souple et personnalisé. Comment dans ce contexte leur permettre de s'approprier la démarche de projet personnalisé ?

D'autant plus que les professionnels qui travaillent auprès des personnes âgées (aide soignant, aide médico-psychologique, agent de services hospitaliers) sont encore peu familiarisés avec ce type d'exercice qui souvent leur fait peur car il mobilise des compétences qu'ils pensent ne pas avoir.

Cependant, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de projets personnalisés deviennent « urgentes », d'une part pour nous mettre en conformité avec la législation et

³⁸ The Principle of Normalization in Human Services 1972 Wolf Wolfensberger

³⁹ Gérard Odasso Bientraitance et Valorisation des rôles sociaux <http://www.gerard-odasso.net/spip.php?article226>.

d'autre part pour assurer à la personne âgée un accompagnement prenant en compte ses attentes et ses besoins.

2.3.4 Le parcours des usagers :

A) Dans l'association

Le foyer logement pour personnes âgées de l'ADSEA 09 n'est pas rattaché directement au pôle médico-social car le choix a été fait de le maintenir au sein du pôle adulte de l'association, situé sur le site du siège dans le Foyer Intergénérationnel. Cependant, depuis l'ouverture de l'Ehpad des Sources et la prise en gestion de l'Ehpad du Château, les locataires du foyer bénéficient d'une priorité pour l'entrée dans un de ces deux établissements quand leur dépendance augmente.

Néanmoins cette intégration n'est pas toujours préparée mais fait souvent suite à un épisode d'hospitalisation suite à une chute ou un problème de santé qui compromet le retour au foyer. Avant ces personnes ne sont pas connues de l'Ehpad, il faudrait que ce soit le cas tout au moins dès que leur situation évolue de manière à préparer l'admission. Mais il est vrai qu'on se heurte souvent à la réticence des usagers pour qui l'entrée en institution n'est que le dernier recours.

Les professionnels du SSIAD et de l'ESA ont maintenant acquis le réflexe d'orienter les situations connues vers les dispositifs tels que l'accueil de Jour à Verniolle et l'hébergement temporaire. Ceci a d'ailleurs permis à l'accueil de jour d'augmenter son taux d'occupation. La proximité de l'infirmière coordonnatrice du SSIAD et la cadre de santé de l'Ehpad a favorisé cette coopération qui permet notamment d'apporter une réponse à l'épuisement des aidants. En 2016, 5 personnes ont pu ainsi en bénéficier.

Ces pratiques doivent être encouragées et institutionnalisées et devenir un axe fort du projet d'établissement, selon une logique de guichet intégré c'est-à-dire dans l'objectif de fournir une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers. Néanmoins, il n'est pas question ici d'obliger l'utilisateur à rester dans le pôle, il doit garder son libre choix.

Le regroupement des services permet donc déjà de créer une perméabilité entre les services. Pourtant, certaines situations nous échappent car il n'existe pas d'instance où s'instaure une évaluation des situations pour accompagner les transitions.

Le mode de prise en charge de l'Equipe Spécialisée Alzheimer ne permet pas toujours d'optimiser les parcours, en effet l'intervention est limitée à 15 séances à raison d'une par semaine, ce qui fait environ 3 mois. En fin de prise en charge, le service peut « perdre la trace » d'un usager, en effet le suivi n'est pas prévu dans ses missions.

B) A l'extérieur du pôle

Nous avons vu que le territoire offre certains atouts avec un taux d'équipement satisfaisant au regard des moyennes habituelles. Le secteur semi urbain voire urbain permet également une certaine facilité de déplacements.

Dans les Ehpad, 2/3 des entrants étaient à domicile et 1/3 dans des établissements de santé essentiellement le Service de Soins et de Réadaptation. Je m'intéresse ici aux personnes qui résidaient sur le bassin de vie avant l'entrée sachant qu'elles sont très majoritaires. Cette proportion reste stable au cours des ans, sans pour autant qu'elle ait été définie dans des critères d'admission.

Souvent les personnes âgées qui arrivent suite à une hospitalisation en SSR n'avaient pas envisagé d'entrer en institution. Certes, elles consentent à l'hébergement, ou je dirais plutôt qu'elles s'y résignent, d'autant que l'entrée se fait souvent du jour au lendemain. Or, jusqu'ici nous n'avons pas engagé de réflexion avec ses services, pour travailler les admissions et accompagner la transition. Cela nous permettrait de mieux nous connaître, d'appréhender les contraintes de chacun, d'expliciter nos critères d'admission et nos modes d'accompagnement, les assistantes sociales pourraient ainsi peut être mieux cibler leur demandes. Aussi en amont de l'entrée les futurs résidents pourraient avoir une idée plus précise de nos missions, des accompagnements que nous proposons.

Pour les personnes qui intègrent un des Ehpad en venant du domicile et qui ne sont pas connues de nos services, le lien avec les services d'aide à domicile n'est pour l'instant pas établi. Pourtant, les aides à domicile pourraient utilement fournir des informations à l'établissement pour faciliter l'intégration du nouveau résident pour qui l'entrée en Ehpad constitue toujours une étape difficile. Ce diagnostic a été posé dans le cadre des groupes de travail organisés par la MAIA, et une fiche de liaison domicile/ Ehpad est en cours d'expérimentation, elle sera aussi très utile pour l'hébergement temporaire⁴⁰.

Concernant l'offre d'hébergement temporaire et l'accueil de jour nous travaillons en étroite collaboration avec les CLIC que nous informons de nos disponibilités et qui nous orientent des personnes. Pourtant là encore, les liens ne sont pas formalisés. Les Clic donnent l'information aux usagers mais ne nous signalent par forcément les dossiers. Il faudrait à mon sens renforcer la coopération, la définir précisément peut être par l'intermédiaire d'un conventionnement.

Je vais maintenant parler des liens que les services du pôle entretiennent avec l'hôpital. En effet, les personnes que nous accompagnons vont toutes ou presque avoir besoin

⁴⁰ Annexe 7 Fiche de liaison domicile / ehpad

d'une hospitalisation ; en 2014, cela concernait 43 % des résidents. Les 2 Ehpad ont d'ailleurs un taux d'hospitalisation plus élevé que les moyennes régionale et nationale. Les allers retours aux urgences sont fréquents créant de l'incompréhension de part et d'autres. Mais surtout c'est extrêmement stressant et fatiguant pour les personnes âgées. Le Service de Soins à domicile, quant à lui, est confronté régulièrement à des retours d'hospitalisation non préparés, malgré les liens que l'infirmière coordonnatrice garde avec les professionnels pendant l'hospitalisation.

Dans les deux cas, c'est la personne âgée qui subit le manque de coordination et d'échanges. Chaque service réagit selon ses contraintes et la vision qu'il a des autres. Ainsi par exemple, les urgences pensent qu'on leur envoie des gens inutilement et nous autres on pense que les urgences s'en « débarrassent » en nous les renvoyant. Ces représentations ne se fondent pas forcément sur des critères objectifs mais montrent la méconnaissance que nous avons des uns des autres.

C) Le repérage des personnes âgées qui aurait besoin d'un accompagnement.

Comme je l'ai déjà indiqué l'existence de CLIC repérés par la population et la densité des services sur le territoire forment un maillage relativement « serré » du territoire. Néanmoins, il m'arrive de recevoir des familles en grande difficulté parce qu'elles sont confrontées soudainement à la nécessité de placer leur parent alors que la problématique était passée inaperçue. Je citerai le cas de cette dame, orientée par la mairie, dont le père venait d'être hospitalisé, épuisé d'accompagner au quotidien son épouse présentant une démence de type Alzheimer avec de forts troubles du comportement. Elle était dans une grande détresse et venait solliciter le placement en urgence de sa mère.

Je ne dispose pas d'évaluation statistique mais j'ai eu l'occasion d'échanger avec le médecin responsable du secteur gériatrique qui m'indiquait que selon elle, des personnes âgées étaient encore hospitalisées pour des motifs qui étaient au départ d'ordre social.

Ceci montre qu'il reste encore des situations qui ne sont pas repérées et donc non prises en charge au bon moment. Il est vrai que si le maillage existe, le circuit et le partage de l'information sont mal définis comme je l'évoquais déjà plus haut.

Ceci montre que le repérage n'est pas optimal, que le contact avec nos services se fait parfois trop tardivement.

C'est particulièrement flagrant concernant l'aide aux aidants, car les évaluations restent encore centrées sur les personnes âgées elles mêmes. Là encore nous pourrions mieux répondre à ces besoins spécifiques en organisant mieux les relais. Démarche que nous

avons d'ailleurs déjà engagée au sein du pôle avec le SSIAD et l'Equipe Spécialisée Alzheimer.

2.4 Synthèse et objectifs stratégiques

Le pôle médico-social doit maintenant franchir une nouvelle étape. Il faut saisir l'opportunité de la conception d'un projet nouveau pour mettre en place une politique d'accompagnement des usagers respectueuse de leurs droits et libertés. La définition d'un projet cohérent lui permettra ensuite de développer des partenariats en s'appuyant sur une base solide.

L'équipe d'encadrement sera bientôt « au complet » avec l'arrivée imminente d'un médecin coordonnateur. Des habitudes de travail en commun se sont déjà créées par la mise en place du comité de direction. La proximité permet des liens quotidiens qui s'avèrent constructifs. Cette équipe doit maintenant définir le projet et le partager avec les salariés, les partenaires, les usagers et leurs familles. Il devra s'établir dans le cadre d'une démarche de bientraitance en veillant à garder l'utilisateur au centre des préoccupations et en association avec les familles.

La définition d'un projet de pôle est, à mon sens, le pré requis pour s'intégrer dans une démarche partenariale volontariste en valorisant nos actions et recherchant la complémentarité dans une logique de fluidification des parcours.

Nous l'avons vu, le pôle possède un atout majeur de proposer une diversité de services allant du domicile à l'hébergement sur un bassin de vie cohérent. Je pourrai prendre appui sur la dynamique associative et les services du siège. Comme le montre l'évaluation externe et les bilans de la formation bientraitance, le personnel est investi et soucieux d'apporter une aide et un accompagnement efficace aux personnes âgées. L'accompagnement au changement restera déterminant pour apaiser les inquiétudes et susciter l'adhésion.

3 Structurer l'offre de service pour apporter des réponses personnalisées

3.1 Mettre à profit l'actualisation des projets d'établissements pour impulser une logique de pôle :

3.1.1 Les enjeux du fonctionnement sous la forme d'un pôle

Le fonctionnement en pôle emprunte beaucoup au sanitaire. Pendant les années 2000, la législation a évolué pour modifier la gouvernance de ce secteur selon le double principe de contractualisation / mutualisation issue des théories du « new public management ». L'objectif premier de l'État est bien sûr de réduire les coûts, mais le limiter à cela serait à mon sens réducteur. En effet, les périodes de crise sont aussi des moments où contraints par les circonstances de s'adapter, on s'interroge sur nos pratiques, nos fonctionnements et on recherche l'efficience.

C'est pourquoi, je retiens surtout la volonté de décloisonnement qui prévaut dans cette démarche. En effet l'intérêt était de mettre en œuvre deux principes associés l'un à l'autre :

Principe de subsidiarité selon le sens politique du terme « *principe selon lequel une responsabilité doit être prise par le plus petit niveau d'autorité publique compétent pour résoudre le problème. C'est donc, pour l'action publique, la recherche du niveau le plus pertinent et le plus proche des citoyens* »⁴¹

Principe de suppléance : « *principe de gouvernance selon lequel lorsque des problèmes de responsabilité publique dépassent les capacités d'une petite entité à les résoudre, l'échelon supérieur a alors le devoir de la soutenir, dans les limites du principe de subsidiarité* »⁴².

Ces principes appliqués à l'accompagnement des personnes âgées me renvoient à l'idée que les personnes les plus proches sont celles qui sont le mieux à même d'identifier les besoins et d'y répondre, mais également au principe de solidarité dans le sens où l'échelon de proximité peut compter sur l'appui et les compétences de ses partenaires s'il ne peut apporter une réponse adaptée.

Le projet de pôle n'a pas pour objectif de se substituer aux projets d'établissements ou de services, d'ailleurs la réglementation ne leur permettrait pas.

⁴¹ La Toupie Dictionnaire <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Subsidiarite.htm>

⁴² La Toupie Dictionnaire <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Suppleance.htm>

Mon but est d'affirmer et de défendre les valeurs associatives, de démontrer que les établissements/services constituent un ensemble cohérent mais diversifié permettant de répondre au mieux aux attentes des personnes âgées sur le territoire. Et enfin de prendre notre place au sein de la coordination départementale en favorisant le décloisonnement quel qu'il soit en vue de fluidifier les parcours.

3.1.2 Mes principes d'action

En élaborant un projet de pôle j'ai pour objectif d'abord de donner du sens à l'action et permettre la diffusion des valeurs associatives communes. Depuis 2013, tout est allé très vite ouverture de l'Ehpad des Sources et recrutement de près de 50 personnes, puis fusion avec l'Amdah, ensuite prise en gestion de l'Ehpad le Château. Cette évolution rapide s'est réalisée au détriment de la diffusion des valeurs associatives auprès du personnel mais aussi auprès des familles et des usagers.

Depuis fin 2015, des représentants des usagers ont été intégrés au Conseil d'administration de l'association, mais il faut maintenant que cette dynamique soit relayée sur le terrain en associant les usagers et les familles à l'élaboration des projets. Pour les personnels c'est un peu la même chose, ils sont issus d'horizons différents, certains ne connaissent pas le monde associatif, sa spécificité par rapport aux autres types d'organisation, le rôle que l'ADSEA 09 veut jouer auprès des pouvoirs publics pour porter les attentes des usagers et faire émerger des projets innovants. Or il est important que chaque salarié qui est aussi un citoyen soit en capacité de diffuser ces valeurs et de les défendre.

Il est essentiel de promouvoir ces valeurs associatives de respect et de solidarité autour du concept de bienveillance et l'instituer comme un principe fondamental de nos actions. La difficulté n'est pas ici de faire adhérer les équipes à ce concept, il est bien entendu que tout le monde souhaite être « bien traitant » par contre, il faut l'ancrer dans nos pratiques quotidiennes. En 2015 et 2016 environ soixante salariés ont d'ores et déjà été formés sur le thème de la bienveillance. Cette formation alternant les notions théoriques et l'approche centrée sur la pratique quotidienne. Elle a permis, sous forme de tableaux synthétiques d'identifier les facteurs de risques de « non bienveillance », d'analyser les pratiques et de proposer des améliorations. Le rendu a été fait sous forme de tableaux synthétiques qui pourront être exploités aisément.

3.1.3 Proposition d'objectifs stratégiques

Adapter l'organisation pour favoriser la transversalité et l'harmonisation des pratiques en intégrant toutes les possibilités de mutualisation.

S'inscrire dans le réseau gérontologique du territoire dans une logique de fluidification des parcours et de réponse aux besoins non pourvus.

Mettre les personnes âgées au centre de nos préoccupations en les associant ainsi que leurs proches à l'élaboration des projets.

Promouvoir la valorisation des rôles professionnels en mettant en place les outils de management adaptés.

Pour atteindre mon objectif de créer de la cohérence, je souhaite instaurer un mode de réflexion participatif associant les personnels de tous les services. Néanmoins, dans la première phase, je préfère faire le choix de travailler avec une équipe restreinte, en l'occurrence l'équipe de direction tout en informant l'ensemble du personnel et en tenant compte de leurs éventuelles remarques.

L'actualisation des projets d'établissements et services sera elle effectuée sur un mode participatif plus global. Je dois tenir compte de la capacité des services à absorber la charge de travail.

En effet, il faut construire le projet de pôle, mais également généraliser la démarche de projets personnalisés il sera donc nécessaire de bien séquencer les étapes dans le temps en évaluant les moyens nécessaires pour les intégrer à l'organisation actuelle. L'élaboration des projets ne doit pas se faire au détriment du reste. Ainsi je prévois de pouvoir adapter la mise en œuvre des différents projets en réfléchissant avec les cadres aux réelles possibilités des équipes et en prévoyant d'adapter les échéances au fur et à mesure.

3.1.4 Les étapes de l'élaboration du projet pôle

Avant de démarrer la réflexion, je vais présenter mon plan d'action au Directeur Général avec qui j'ai d'ores et déjà discuté de l'opportunité de mettre en place ce nouveau mode de fonctionnement. Le projet sera ensuite présenté aux Conseils d'administration de chaque association afin d'obtenir une validation de principe.

Une information devra également être prévue aux deux Délégations Uniques du Personnel.

A) La mobilisation de l'équipe de direction autour du projet.

Depuis quelques temps, j'ai déjà constitué autour de moi une équipe de direction composée du cadre responsable du SSIAD/ESA, du cadre référent de l'Ehpad de Verniolle et de la cadre de santé de l'Ehpad de Saint Jean du Falga.

Cette dernière a été intégrée à l'équipe de direction en préfiguration de l'organisation future des soins sur les deux Ehpad. En effet, la cadre de santé de l'Ehpad de Verniolle doit faire valoir ses droits à la retraite d'ici 1 an ½. J'ai donc souhaité, qu'à son départ, la cadre de santé de l'Ehpad des Sources assume la responsabilité des soins sur les deux établissements. Le poste de cadre de Verniolle sera redéployé sur du temps d'infirmière coordonnatrice qui sera relais de la cadre sur le terrain.

Le médecin coordonnateur, nouvellement recruté, qui vient d'arriver intégrera bien entendu l'équipe de Direction.

Je trouve intéressant que le lancement du projet coïncide avec l'arrivée du médecin. En effet, ce sera l'occasion de lui présenter l'organisation des services et d'avoir ainsi un regard extérieur qui pourra compléter nos analyses.

Au cours des différentes réunions de direction, nous avons déjà échangé sur cette notion de pôle et la nécessité de travailler dans une plus grande transversalité. L'équipe est donc préparée à travailler sur un nouveau projet.

La première étape sera de leur présenter mon analyse et les objectifs stratégiques qui en découlent, afin que nous puissions y réfléchir ensemble et les adapter si nécessaire en fonction des débats et des idées qui peuvent germer.

Quand nous aurons validé les objectifs stratégiques, nous devons réfléchir à faire évoluer notre organisation.

D'abord, je vais redéfinir les responsabilités des cadres vers plus de transversalité avec l'objectif d'éviter selon moi l'effet de « satellisation » de l'Ehpad de Verniolle.

Tous les établissements et services du pôle qu'ils interviennent sur le champ du domicile ou de l'hébergement ont le même cœur de métier qui est l'accompagnement des personnes âgées ⁴³ que j'appellerai processus. Toutes les fonctions représentées dans les organisations sont, en quelque sorte, au service de ce processus. A mon sens, il faut

⁴³ Annexe 8 PROCESSUS du Pôle

essayer chaque fois que possible de répartir les responsabilités par fonction ou par groupe de fonctions plutôt que par service. La cohérence de l'ensemble étant garantie par l'équipe de direction.

Au cours de la réflexion, je prévois de faire des allers retours réguliers vers la direction générale afin de l'associer à l'avancement du projet.

Si je souhaite mener la réflexion avec une équipe réduite, il faut néanmoins que toute l'équipe d'encadrement soit impliquée. Ainsi aux moments-clés de la réflexion, je prévois d'élargir l'équipe de direction à tout l'encadrement, c'est-à-dire la cadre de santé de Verniolle, l'infirmière coordonnatrice, les psychologues, les responsables techniques, les chefs cuisiniers, la chef comptable, les secrétariats de direction.

Cette étape nécessite une étude approfondie. Elle doit déboucher sur la définition d'un organigramme, la rédaction d'un document de délégation précisant les responsabilités de chaque cadre et l'évaluation de l'impact budgétaire qui devra être minime voir nul au risque sinon d'être refusé par les autorités de tarification.

B) L'information des équipes

Je prévois de diffuser l'information de plusieurs manières. Dans un premier en organisant sur chaque site, une réunion générale d'informations au démarrage du projet. J'organise, en effet, ce type de réunion au moins une fois par an, vers la fin de l'année pour faire le bilan de l'année qui vient de s'écouler et pour dresser les perspectives de la suivante.

Cependant, ces réunions ne sont pas propices à l'échange, les équipes sont à l'écoute mais participent très peu. Je prévois donc de faire une information régulière au cours des réunions mensuelles dites de « transmissions générales ». Lors de ces réunions tous les personnels ne sont pas présents mais des comptes rendus sont rédigés et diffusés à tous.

Normalement lors de cette phase, l'impact sur le quotidien des équipes de terrain devrait être relativement modéré, ce qui à mon sens ne devrait pas générer trop d'inquiétudes. Le changement d'organisation fera évoluer les fonctions des cadres mais à ce stade je n'ai pas prévu de modifier l'organisation de terrain.

C) L'information des familles et des usagers

Le relais vers les familles et les usagers sera assuré via les Conseils de Vie Sociale des Ehpad, dont les comptes rendus sont diffusés à tous. La question se pose pour les

services à domicile, mais je prévois de leur diffuser l'information en leur envoyant un extrait du compte rendu du CVS qui traite de la question.

3.1.5 L'actualisation des projets d'établissements

Je dénomme cette étape « actualisation des projets d'établissements » même si cela constitue à mon sens, plutôt l'élaboration d'un nouveau projet. En effet, si chaque établissement doit revoir son projet conformément à l'article 311-8 de Code de l'Action Sociale et des Familles, il faut y intégrer le fonctionnement en pôle qui va avoir un fort impact sur l'évolution de chacun d'eux.

Il s'agit donc pour moi de saisir l'opportunité de mettre en place une démarche concertée au sein du pôle avec les enjeux suivants :

Mettre les projets en cohérence pour éviter le morcellement des services et développer une culture commune.

Promouvoir les spécificités de chaque établissement afin de garantir la complémentarité et proposer des solutions adaptées aux besoins et attentes des usagers.

Je vais donc viser les objectifs suivants :

Décliner les axes stratégiques du pôle au sein de tous les établissements.

Améliorer les réseaux de communication entre les établissements.

Mettre en place une démarche qualité commune et développer des outils communs afin de favoriser l'harmonisation des pratiques.

M'appuyer sur la formation qui est un levier fort pour favoriser la culture commune et développer des compétences partagées.

Pour conduire la démarche, je m'appuie sur la recommandation de l'ANESM :
Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.

Je souhaite créer des habitudes de travail en commun pour que les personnes apprennent à se connaître. Pour ce faire, sur le plan méthodologique, il me paraît intéressant de structurer la réflexion en deux grandes phases. Une première phase permettant de mener la réflexion autour de groupes pluri disciplinaires inter-établissements sur les thèmes validés par le comité de pilotage. Cette réflexion sera alimentée par les recommandations de bonnes pratiques rédigées par l'Anesm, les résultats des évaluations externes, les évaluations internes, les bilans réalisés dans le cadre de la formation bientraitance, les conventions tripartites, les documents d'analyses des risques professionnels et autres.

Nous réaliserons ensuite, en deuxième phase, une réflexion plus significative par établissement pour l'élaboration de chaque projet spécifique.

L'enjeu de cette première étape est de permettre aux équipes de réfléchir et de prendre du recul sur leurs pratiques, de partager les constats et de faire des propositions d'amélioration sur lesquelles nous nous appuierons pour élaborer ensuite les projets d'établissements. Le travail des groupes sera préparé en amont par les cadres pour guider leur réflexion et obtenir un rendu homogène. L'équipe administrative sera mobilisée pour le recueil des données.

Les thèmes de réflexion que je vais présenter au comité de pilotage sont les suivants :

La garantie des droits individuels et la participation des usagers :

Il sera ici question de s'interroger sur la manière dont s'expriment les droits des usagers dans nos établissements, comment les rendre plus acteurs de leur parcours, comment conjuguer l'exigence de sécurité et la liberté d'aller et venir.

La prévention des risques : Comment sécuriser l'accompagnement, les soins en formalisant les pratiques, comment éviter la maltraitance, maîtriser les risques professionnels.

La promotion de la qualité de vie et de l'autonomie aux différentes phases de l'accompagnement de la personne âgée : l'accueil, les soins, la fin de vie, comment personnaliser l'accompagnement et avec quels outils. Comment développer une culture de bientraitance.

La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions : comment fluidifier les parcours à l'intérieur du pôle et comment travailler avec nos partenaires.

Quand cette phase de réflexion sera terminée, le comité qualité pourra en réaliser la synthèse en dégagant des objectifs communs à tous les établissements qui pourront ensuite être déclinés par établissement et service.

Le travail sera ensuite poursuivi par une démarche plus traditionnelle par établissement pour laquelle la participation des salariés sera moins sollicitée. Le comité qualité doit travailler sur une trame commune permettant de traduire visuellement la cohérence de l'ensemble. En effet, les capacités de mobilisation des équipes ne sont pas extensibles aussi je préfère concentrer leur participation sur la phase amont qui permettra d'instaurer les échanges entre salariés et ainsi favoriser le développement de la culture commune.

Les points d'étape et l'avancée des projets seront évoqués au cours des différentes réunions organisées dans les établissements, réunions d'équipe, Conseils de la Vie Sociale, réunions des familles de manière à réaliser une diffusion la plus large possible.

L'analyse des possibilités de participation des salariés est l'un des facteurs de réussite du projet car les plannings ne permettent pas de dégager trop de marges de manœuvres. Il faut également éviter que la réflexion s'étale trop dans le temps. Ce point particulier devra être affiné par le comité de pilotage dont je vais définir maintenant la composition.

Je souhaite que le comité de pilotage soit représentatif du pôle sans que le nombre de participants soit trop important, pour être efficace. L'Anesm recommande un maximum de 10 personnes. Je ne pourrai pas respecter cette préconisation ici car je dois y inclure des représentants de chaque établissement au-moins dans la phase de définition du projet et pour sa validation. Il sera peut être possible par la suite de fonctionner sous la forme d'un comité plus restreint dont les comptes rendus seront adressés à tous les membres.

Je prévois en effet d'y associer :

2 administrateurs dont un de chaque association

5 membres du comité de direction

La personne chargée du suivi de la qualité

2 représentants des usagers : un des représentants des usagers siégeant au Conseil d'Administration de l'ADSEA 09, un représentant du Conseil de la Vie Sociale de Verniolle.

3 représentants des salariés de chaque établissement volontaires parmi les représentants du personnel. La participation des usagers sera réalisée de plusieurs manières, par la participation de leur représentant au comité de pilotage, par l'élaboration d'enquêtes de satisfaction dont le dépouillement et l'analyse seront facilités par le logiciel de gestion de la qualité que nous avons acquis récemment.

Son rôle sera celui défini par l'ANESM

« Il est recommandé que le comité de pilotage :

- décide de la méthode de travail et du calendrier ;
- s'assure du respect du processus mis en œuvre ;
- priorise les thématiques à traiter ;
- recadre les travaux si nécessaire ;

• *pré-valide des écrits, avant la validation par les instances décisionnelles de l'organisme gestionnaire* »⁴⁴

Après la 1^{ère} réunion du comité de pilotage, j'enverrai un courrier à l'ensemble du personnel afin de montrer mon engagement dans cette démarche, de susciter l'adhésion de tous, et de présenter les principaux axes du projet et la déclinaison dans le temps de la démarche.

Je veux construire un projet de pôle, en interaction avec les partenaires du territoire. Je vais donc les associer à son élaboration. Je pense en solliciter certains pour participer aux groupes de travail et consulter les autres par questionnaire comme nous l'avions fait dans le cadre de l'évaluation externe. Pour la participation aux groupes, je vais solliciter l'association d'aide à domicile Ariège Assistance avec qui l'ADSEA09 entretient des liens étroits, les 2 Clic du territoire et un représentant de la MAIA. Je pensais également inviter le médecin responsable de l'équipe mobile de gériatrie qui est très investi dans le partenariat pour faire le lien avec le sanitaire. Les autres seront consultés par un questionnaire, pour certains d'entre eux nous pourrions le remplir avec eux au cours d'un entretien.

Durant toute la phase de conception du projet, je tiendrai informés régulièrement le bureau et le conseil d'administration de chaque association en lien avec la Direction Générale. Le Conseil d'administration devant valider le projet in-fine.

Je n'oublie pas les autorités de contrôles que j'informerai du lancement de la démarche et à qui je ferai part de l'évolution du projet selon leurs souhaits.

Les objectifs et le plan d'actions qui découleront du travail d'élaboration du projet seront intégrés à la démarche qualité qui est déjà commune. Nous venons de nous doter d'un outil informatique nous permettant de centraliser toute la démarche qualité, de faciliter la réalisation des plans d'actions et leur suivi sous la forme d'indicateurs.

J'ai prévu la validation définitive de ce projet, en 2017 lors des Conseils d'Administration du mois d'octobre qui valident les budgets prévisionnels. Le retro planning devra donc s'effectuer à partir de là. Je pensais commencer fin 2016 début 2017 de manière à disposer d'au moins 9 mois pour l'élaboration. Sachant qu'auparavant je souhaite avoir finalisé la répartition des missions et des responsabilités de l'équipe de direction.

⁴⁴ ANESM, 2008, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*

Compte tenu de la charge importante que constitue ce travail, j'avais dès le compte administratif 2015, négocié d'affecter une partie des excédents au recrutement d'un prestataire extérieur, l'association pouvant également dégager une aide sur ces fonds propres.

Je dispose ainsi d'une enveloppe pouvant aller jusqu'à 10 000 €. Je souhaite que ce prestataire nous apporte son appui sur la méthodologie et la phase de rédaction. L'appel d'offre sera réalisé à partir des cahiers des charges présentant les objectifs, les attentes et les livrables attendus.

3.2 Stabiliser la gouvernance en proposant de créer un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)

3.2.1 L'opportunité de créer un GCSMS

Il ressort de mon analyse la nécessité de faire évoluer la gouvernance actuelle structurée autour de deux conseils d'administration, vers un modèle plus performant de coopération. La forme la plus aboutie de coopération est la fusion, mais je sais que le Conseil d'administration de Verniolle y est fermement opposé. Ils ont exprimé cette opposition plusieurs fois récemment. Néanmoins, depuis que l'ADSEA 09 a pris l'Ehpad en gestion, nous nous efforçons de les convaincre de faire évoluer leur vision. Nous sommes bien entendus largement soutenus en ce sens par les autorités de contrôle ARS et Conseil Départemental. La survie d'une association gérant un seul établissement est à mon sens très limitée d'autant plus que la situation financière de l'Ehpad si elle n'est pas catastrophique reste préoccupante et les fonds propres de l'association ne sont pas inépuisables. Certains administrateurs ont conscience de cet enjeu mais aussi de l'opportunité d'offrir aux personnels un parcours professionnel au sein d'une structure à l'assise plus large.

La création d'une structure commune nous donnerait également de la crédibilité vis-à-vis de nos financeurs et une capacité de négociation plus importante.

Pour l'instant, il n'est pas question de fusion. C'est donc pourquoi, je souhaite proposer la création d'un Groupement de Coopération Social et Médico Social, qui constituerait un degré supplémentaire dans la coopération tout en laissant la possibilité à l'association de se retirer si elle le souhaite.

Le Groupement de coopération présente un intérêt ici pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il permettra de regrouper les établissements du pôle médico-social sous une

même gouvernance qui pourra associer les administrateurs des deux associations ce qui harmonisera et facilitera les prises de décisions.

Si je prends l'exemple des budgets, ceux-ci doivent être validés par les deux conseils d'administration différents et c'est ainsi pour toutes les décisions qui relèvent de leurs prérogatives.

La conséquence directe et pratique est d'augmenter le temps passé pour le directeur, les cadres et le personnel administratif sans aucune plus value. En effet, il faut envoyer les convocations, préparer les dossiers pour les réunions, rédiger les procès-verbaux, les comptes rendus, les approuver, puis les diffuser. Cela ne permet pas les échanges entre les administrateurs des deux associations, qui coopèrent, sans presque jamais se croiser ce qui est tout de même paradoxal.

Or, justement, le but d'une coopération est de mutualiser pour être plus efficace, de se rencontrer, d'échanger des idées, de concevoir des projets communs.

D'autre part, les associations sont confrontées aux difficultés de renouveler les administrateurs et nos deux associations n'y échappent pas, alors autant regrouper les forces vives et avoir une stratégie commune d'actions.

Il pourra permettre, dans notre cas, de regrouper les fonctions, les compétences et de faire ainsi des économies d'échelle.

Il facilite la négociation de contrats pluriannuels, d'objectifs et de moyens avec les autorités de tarification qui encouragent ce type de coopération.

Son évolution est relativement souple, il peut par la suite intégrer d'autres types de services.

L'étape cruciale selon moi, sera la désignation de l'administrateur du GCSMS qui devra être choisi parmi les administrateurs de l'une ou l'autre des associations. Ce sera au Directeur Général de négocier cette phase avec les conseils d'administration.

La structure du GCSMS qui est dotée d'une personnalité morale doit poursuivre un but non lucratif ce qui est le cas de nos associations. Le GCSMS s'articule autour d'une gouvernance « bicéphale » avec une assemblée générale et un administrateur. Juridiquement le GCSMS ne nécessite pas un Directeur, c'est l'administrateur élu pour 3 ans qui prépare et exécute les décisions de l'assemblée générale. Il représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice.

Néanmoins, il est possible de mettre en place une direction qui ne doit pas éluder la responsabilité de l'administrateur. J'assumerai ces fonctions en temps que directrice du pôle.

La création d'un GCSMS passe par trois grandes étapes :

Élaboration d'un projet de convention qui doit définir précisément : le périmètre, la nature des actions menées, les membres qui le composent et leurs apports respectifs desquels dépendront les droits et obligations de chacun d'eux.

La convention doit également expliciter comment sont fixés les droits des membres suivant leur apport et leur participation au fonctionnement.

L'intervention des autorités de contrôles ayant donné les différentes autorisations.

La tarification : dans le cas du pôle, la tarification de l'ensemble des établissements pourraient lui être notifiée.

3.2.2 Les résultats attendus

Tout d'abord le groupement ainsi créé donnerait en quelque sorte « corps » à l'existence du pôle médico-social, et permettrait de sortir définitivement de l'ambiguïté dans laquelle on se trouve concernant la volonté de l'association Saint Joseph sur la suite donnée à la coopération.

La gouvernance serait unifiée autour de l'assemblée générale composée d'administrateurs de chacune des associations, ce qui garantirait la cohérence des décisions pour tous les établissements entrant dans le champ du GCSMS. Cela permettrait peut être d'aboutir par la suite à une fusion.

D'autre part, je vais proposer le groupement afin de sécuriser juridiquement les contrats de travail notamment pour les personnels qui occupent des fonctions transverses à plusieurs établissements. Cela facilitera la mise en œuvre des futures mutualisations et l'élaboration de parcours professionnels au sein du pôle.

Cette étape sera facilitée car tous les services sont régis par la Convention Collective Nationale 51. Le socle conventionnel est donc le même, c'est important, néanmoins au fil du temps les salariés de chaque association avaient négocié certains avantages par exemple pour l'une la prime décentralisée représente 6% du salaire brut et 5% pour l'autre. Il faudra donc passer par une étape de remise à plat et de négociation avec la délégation unique du personnel. Il sera utile je pense de sécuriser cet aspect en se faisant assister par un conseil juridique.

D'autre part, avec la loi de l'adaptation de la société au vieillissement, les autorités de contrôles et notamment l'ARS vont généraliser la contractualisation sous la forme de

contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Nous pourrions donc négocier ce CPOM sur le périmètre du GCSMS ce qui nous donnera des marges de manœuvres plus grandes. De toute manière, il n'est pas exclu que l'ARS et le Conseil Départemental nous imposent la création d'un groupement avant d'entrer dans la démarche de contractualisation.

Certes, la création de groupement n'aura pas à elle seule un impact direct sur la qualité du service rendu mais, en apportant le gage d'une forme de pérennité, cela permettra de mieux anticiper l'avenir, d'augmenter les marges de manœuvre au niveau financier que nous pourrions utiliser à améliorer l'accompagnement et le service rendu.

3.2.3 Méthodologie de mise en place

J'ai déjà abordé la question du GCSMS avec le Directeur Général qui en a approuvé le principe. Il va d'abord falloir faire adhérer les conseils d'administrations à l'idée avant de pouvoir concrétiser le projet. La durée de cette phase est difficile à estimer car elle va sans doute nécessiter plusieurs réunions et rencontres parfois informelles. Il ne faut pas vouloir aller trop vite au risque d'essayer un refus. Il faut d'abord évoquer l'idée puis expliquer les enjeux en toute clarté et transparence, c'est un facteur de réussite primordial. C'est pourquoi, en accord avec le Directeur Général nous allons évoquer le sujet dès les premières réunions de bureau afin de prévoir la mise en œuvre dans le courant de l'année 2017, pour une mise en place en 2018 si toutes les conditions favorables sont réunies.

En parallèle, il conviendra de commencer les démarches avec les autorités de contrôles, d'abord techniquement pour s'assurer de leur adhésion sur le principe. Le sujet a quand même déjà été évoqué avec eux à plusieurs reprises, et je sais qu'ils me soutiennent dans ce projet qui coïncide avec les objectifs du schéma départemental de l'autonomie et avec la stratégie générale de l'ARS dans ce domaine. Il faudra également voir avec eux, si le projet nécessitera un nouvel arrêté d'autorisation ou s'il s'agira d'une simple cession d'autorisation. Normalement, le projet ne devrait pas impacter la prise en charge car nous ne prévoyons pas de modifier la catégorie des personnes prises en charge ni d'augmenter la capacité des établissements.

La démarche de création du GSCSM va se faire en parallèle avec l'élaboration du projet de pôle car les deux processus sont intimement imbriqués. Je prévois donc d'utiliser les mêmes créneaux de communication pour diffuser l'information. Il faudra veiller à impliquer les instances représentatives du personnel à toutes les étapes de la démarche, car la

création de ce type de groupement va entraîner des modifications sur le plan juridique, financier et organisationnel.

3.3 Se coordonner pour optimiser les parcours

3.3.1 Développer les outils permettant de mieux répondre aux besoins des usagers dans une logique de parcours

A) La mise en œuvre des projets individualisés

D'une part, l'élaboration du projet personnalisé est l'outil indispensable au bon accompagnement des personnes accueillies notamment s'il s'agit de s'inscrire dans une logique de parcours. Il a été institué par la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il permet à l'usager d'être acteur de son parcours. Il concourt au respect de la dignité et il est un élément essentiel dans une démarche de bientraitance respectueuse des souhaits de la personne accueillie. Il doit être le support de la valorisation des rôles sociaux défendus par le projet associatif.

Là encore, je souhaite harmoniser les pratiques au sein des établissements du pôle, en capitalisant sur l'expérience de l'Ehpad de Verniolle où la nouvelle psychologue s'est déjà saisie de la démarche. Depuis le début 2016, elle a entrepris la démarche avec les équipes et les familles. Elle est très investie et elle pourra diffuser les bonnes pratiques dans les autres établissements et services.

Le psychologue me paraît le professionnel adéquat pour piloter la démarche. En effet, de part sa position dans les établissements elle est déjà en relation avec les familles, les médecins mais également les personnels, sans avoir de pouvoir hiérarchique vis-à-vis d'eux, ce qui à mon sens leur permet d'être plus libres dans leurs échanges. De part sa formation, elle est mieux à même de comprendre les relations parfois difficiles entre les résidents et leurs proches, d'expliquer au personnel ce qui se joue, de les rassurer aussi car souvent ils ont peur de ne pas y arriver.

La psychologue de l'Ehpad des Sources, connaît également la démarche qu'elle applique dans un autre établissement, mais elle reste cependant plus sur la réserve, elle n'a pas pris l'initiative de lancer la démarche.

En ce qui concerne les services à domicile, l'infirmière coordonnatrice et la psychomotricienne ont l'expérience de ce type d'outil. Je compte donc constituer un groupe de travail avec ses quatre professionnelles, pour d'abord qu'elles puissent échanger sur leurs pratiques, puis me proposer une méthode de mise en œuvre, faire le choix de l'outil le plus pertinent, et ensuite aller à la rencontre des équipes pour leur expliciter la démarche et répondre à leurs questions.

Néanmoins, les professionnels auront aussi besoin d'apports théoriques et pratiques leur permettant de monter en compétence et de prendre de l'assurance.

Je prévois donc d'organiser une action de formation commune, sur le même mode que la bientraitance, c'est-à-dire pluridisciplinaire et inter établissements. Les échanges et les expérimentations préalables à la formation leur permettront de la transposer plus facilement sur le terrain.

B) Partager la connaissance des publics accueillis

L'arrivée du nouveau médecin coordonnateur commun aux deux Ehpad va être l'occasion de mettre en place une commission d'admission commune, composée du médecin, des deux cadres de santé, de l'une ou l'autre des psychologues, d'une secrétaire de direction. Je ne participe pas à la commission mais je valide les décisions. Le premier résultat concret est d'optimiser le temps du médecin qui jusque là participait à deux commissions où il examinait parfois les mêmes dossiers.

D'abord cela constituera une simplification administrative pour les demandeurs car aujourd'hui, ils envoient un dossier à chaque Ehpad. Bien entendu l'objectif ici n'est pas de décider à la place des personnes quel Ehpad va les accueillir mais cela permettra de proposer peut être une solution mieux adaptée aux besoins. Comme un guichet unique en quelque sorte.

C'est particulièrement intéressant en ce qui concerne les hébergements temporaires, ce qui permettra d'optimiser les places pour permettre d'accueillir plus de personnes et ainsi apporter un soutien aux aidants.

Cette nouvelle organisation passera d'abord par une phase expérimentale afin de mettre en place les modalités pratiques, les échanges de dossiers, les lieux, les circuits d'informations.

Afin de fluidifier les parcours au sein du pôle et avec le foyer logement et pour mieux anticiper les éventuels changements et accompagner les personnes âgées, je veux créer une instance de concertation qui comprendrait les cadres de santé des Ehpad, l'infirmière coordonnatrice du SSIAD, et la responsable du foyer logement, pour qu'elles examinent les situations qui peuvent évoluer vers un besoin d'hébergement. Cela permettrait d'une part, à la commission d'admission des Ehpad d'intégrer au bon moment les personnes concernées en gérant au mieux les listes d'attente. Cela nous permettrait de prendre contact au plus tôt avec les familles et les futurs résidents pour leur donner des informations, pour leur remettre les livrets d'accueil, nos plaquettes. Nous pourrions également leur proposer de visiter l'Ehpad et/ou de participer aux animations que nous organisons, de rencontrer la psychologue.

« Quitter sa maison, quitter parfois la maison familiale est un moment douloureux pour la personne âgée comme pour sa famille. La perte de sa maison constitue un traumatisme »⁴⁵.

C'est donc aux professionnels et aux institutions de faciliter cette transition pour atténuer ce traumatisme quand l'entrée en institution devient inévitable. Car à la difficulté de quitter sa maison s'ajoute la représentation négative que les personnes ont encore de l'Ehpad, elles le voient comme un lieu où l'on vient mourir alors que c'est un lieu où l'on vit, où on peut créer du lien social alors que parfois les personnes âgées sont seules chez elles, la plupart du temps pour certaines. Ainsi, les relations qui pourraient être créées en amont de l'entrée en Ehpad pourraient permettre d'en donner une image plus positive.

Il s'agit ici de fonctionner comme un guichet intégré c'est-à-dire avec la volonté de fournir dans tous les services du pôle une réponse harmonisée et adaptée aux besoins et aux attentes des personnes âgées.

C) L'animation à l'Ehpad comme vecteur d'intégration et d'ouverture vers l'extérieur.

J'ai souhaité que l'animation soit au cœur du projet de vie des Ehpad car elle est un vecteur de la valorisation des rôles sociaux. En effet, elle a pour finalité de fournir des réponses adaptées aux besoins et aux attentes individuelles et collectives en permettant à chacun de construire sa vie sociale dans le cadre de son projet de vie.

Depuis début 2015, j'ai déjà organisé l'animation en permettant aux usagers des autres services du pôle, SSIAD, ESA, Accueil de Jour, Foyer Logement d'en profiter. En effet, nous les associons régulièrement à des manifestations, des fêtes, que nous organisons. Ainsi, nous permettons aux personnes âgées à domicile, qui souffrent d'isolement, d'avoir du lien social. Nous leur donnons une autre image de l'Ehpad, celle d'un lieu où l'on vit. Cependant compte tenu des moyens dont je dispose, cette action reste ponctuelle. En effet, le temps consacré par les professionnels, à ce type d'expérience, n'est pas pris en compte dans les budgets.

⁴⁵ Dorange Martine, « Entrée en institution et paroles de vieux », *Gérontologie et société* 1/2005 (n° 112), p. 123-139 URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-123.htm. DOI : 10.3917/gs.112.0123

Je souhaiterais néanmoins, pouvoir la généraliser, car elle permet de lutter contre l'isolement social, de donner une image positive des établissements d'hébergement, de dédramatiser l'entrée en institution, dans la logique de parcours.

Aussi, j'ai entrepris des contacts avec la mission locale pour envisager l'embauche d'un jeune dans le cadre d'un service civique pour venir en appui au service animation des Ehpad. L'ADSEA 09, a par ailleurs, déposé une demande d'agrément auprès de l'État. Ceci me permettrait de poursuivre l'expérimentation, de l'évaluer et de rechercher par la suite des financements pérennes, qui peuvent être obtenus par la conférence des financeurs qui doit être installée par le Conseil Départemental d'ici fin 2016.

En effet, cette action rentre, il me semble, dans le champ de cette instance, instituée par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement et dont l'objet est de « *définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires* »⁴⁶

3.3.2 Communiquer pour rendre lisible nos actions

A) La communication envers les usagers

Pour permettre aux personnes âgées d'exercer leur libre choix et de pouvoir profiter des services que nous offrons, il faut qu'ils puissent trouver l'information aisément, qu'elle soit adaptée à leur modes de fonctionnement. C'est pourquoi il faut varier les supports pour toucher le public le plus large possible.

L'ADSEA 09 a fait de la communication un enjeu stratégique afin d'asseoir son ancrage territorial et être plus proche des usagers. Afin également de faire connaître son offre sur l'ensemble du département pour faire émerger des partenariats avec d'autres services et établissements.

Le pôle devra profiter de cette dynamique et harmoniser ses supports d'information, avec un visuel qui permette de l'identifier tout de suite: plaquettes, livrets d'accueil, sites internet.

L'information diffusée doit être claire, sans jargon, qui peut-être incompréhensible pour les personnes. Pour les professionnels que nous sommes il est parfois difficile de se placer du côté de l'utilisateur et de trouver le bon niveau d'information. Aussi, je prévois d'associer largement les usagers et leur famille à leur élaboration, en leur présentant les projets de documents pour recueillir leur avis. Nous avons beaucoup d'occasions de le faire : dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale, au cours d'une animation, lors des visites à domicile.

⁴⁶ CNSA La conférence des financeurs <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-d'autonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>

Une bonne communication permettra au pôle de s'intégrer dans l'esprit des gens et aussi de créer de la relation en multipliant les possibilités de contact.

D'autre part, l'information diffusée à chaque point d'accueil du pôle devra être harmonisée. En effet, travailler sous forme de guichet intégré signifie que toute personne qui s'adresse au pôle reçoit une information complète et claire. Il sera donc nécessaire de créer une documentation qui serait distribuée à tous les points d'accueil. Je prévois également de réaliser, une formation interne à tous les personnels d'accueil physique et téléphonique pour leur expliquer ce que j'attends d'eux.

B) La communication envers les partenaires

Le préalable à une coopération efficace est d'abord de bien se connaître. Ainsi, je vais saisir l'opportunité de la création du pôle, pour aller moi-même, accompagnée par l'un ou l'autre de mes collaborateurs, le présenter aux partenaires avec qui nous travaillons déjà mais aussi les autres. Ainsi cela pourra être l'occasion de faire un bilan sur les actions que nous avons en commun mais aussi d'en envisager de nouvelles.

3.3.3 Développer les partenariats permettant le travail en réseau

Je vais donc m'attacher à présenter les missions du pôle aux différents partenaires du territoire mais il me semble important d'interagir en priorité, avec les structures qui sont chargées de la coordination sur le territoire, que sont les CLIC et la MAIA afin de participer activement au développement d'un réseau.

En effet, l'intérêt d'un réseau est bien d'articuler les interventions des différents acteurs et d'accompagner un parcours de vie cohérent et continu.

Basé sur une logique de terrain, il permet :

- de mettre en place une concertation multiple entre différents acteurs mobilisés, permettant un recueil d'informations plus approfondies et reliées.
- d'évaluer ensemble les situations, tenter d'élaborer des axes de travail voire des solutions. Cela permet une lecture des parcours croisés et multi professionnels.
- de créer une solidarité inter et transdisciplinaire amenant de nouvelles prises en charge et des innovations voire des expérimentations.
- d'apporter un nouveau type d'accompagnement sans hiérarchisation de statuts au service de la personne accompagnée.
- de connaître les situations complexes du département.

Certes, il est important de créer des liens avec chaque acteur, mais c'est le travail de réseau qui permettra de mettre en œuvre des vrais parcours de vie et non plus uniquement des successions de prises en charge qui souvent sont synonymes de rupture.

C'est la volonté d'agir ensemble de chaque acteur qui crée le réseau. Les CLIC et la MAIA sont les principaux vecteurs de ce réseau ; c'est pourquoi il me semble logique que le pôle renforce encore ses liens avec eux.

Les CLIC agissent dans le but de créer de la coordination entre les partenaires, mais ils sont aussi au plus près des usagers dont ils connaissent les problématiques.

Pour moi l'importance de créer des liens forts avec le Clic se situe à deux niveaux :

Au niveau de l'utilisateur

En mettant en place des instances d'échanges sur les situations individuelles connues ou non de nos services, pour permettre soit d'adapter notre prise en charge en fonction des retours qu'ils peuvent avoir des personnes que l'on accompagne, soit de proposer des services aux personnes qui en ont besoin. De plus, une évaluation commune des situations, permettra de proposer directement des solutions adaptées et personnalisées aux personnes rencontrées par le CLIC, en leur évitant des démarches supplémentaires. On est là véritablement dans un travail réseau permettant de fluidifier les parcours.

Au niveau du territoire

En effet, les CLIC du territoire sont tous labellisés niveau 3, ce qui signifie qu'ils ont une mission d'observatoire et donc une bonne connaissance des problématiques rencontrées par les usagers. Ainsi partager avec eux, l'analyse du territoire en apportant nos propres observations permettra d'identifier les besoins non satisfaits et de réfléchir ensemble aux solutions à apporter.

Pour être plus pertinent, ce diagnostic du territoire devra être réalisé en coopération avec la MAIA, car leur champ d'action est à mon sens complémentaire et non redondant comme on l'entend souvent. En effet, le CLIC a pour objet de coordonner les actions autour de la personne âgée, alors que la MAIA a bien pour objet de créer un réseau de partenaires ayant défini un mode d'intervention permettant de mettre en commun des moyens d'agir dans l'intérêt des personnes. Le CLIC apporte au réseau sa connaissance du territoire et du public pour mettre en œuvre des solutions intégrées.

J'ai déjà pris des contacts en ce sens et je proposerai donc aux CLIC, dans le cadre d'une convention :

- de créer des instances communes régulières autour des situations individuelles auxquelles participera l'infirmière coordonnatrice du SSIAD. En effet cette dernière par sa connaissance de tous les services du pôle pourra proposer des réponses diversifiées.
- de réaliser avec la MAIA un diagnostic de territoire en associant les acteurs qui le souhaitent, celui-ci ayant vocation à être présentée à tous les acteurs potentiels du réseau.

La présentation de ce diagnostic pourrait également servir de thème, susceptible de mobiliser les médecins traitants, à une réunion de coordination gériatrique que doit organiser le médecin coordonnateur de l'Ehpad avec les médecins traitants.

3.4 La démarche qualité comme appui à l'évaluation

L'élaboration d'un projet est une démarche cyclique illustrée par la Roue de Deming. D'abord, il s'agit de prévoir et de planifier, puis de réaliser ce que l'on a prévu, d'en évaluer les effets, d'agir à nouveau en adaptant le projet selon les résultats de l'évaluation. Celle-ci est importante car elle permet de s'assurer que les actions prévues ont effectivement été mises en œuvre et d'autre part qu'elles ont eu l'effet escompté.

La mise en œuvre d'une démarche qualité permet le pilotage global en continu du projet et apporte la garantie de cette progression constante de par :

La clarification des processus dans le cadre d'un système contribuant à l'efficacité de l'utilisation des ressources humaines et budgétaires disponibles.

Le suivi d'indicateurs permettant de vérifier la réalisation des objectifs.

La participation de tous les acteurs intervenant dans le projet : administrateurs, direction, professionnels, partenaires et surtout usagers.

D'autre part, elle permet également de valoriser auprès des financeurs les actions que nous menons.

J'ai lancé la démarche qualité au sein du pôle médico-social en janvier 2016, par l'envoi aux professionnels d'une lettre d'engagement du Président⁴⁷ de l'Association et de La Directrice⁴⁸.

J'ai ensuite mis en place un comité qualité composé de l'équipe de direction du pôle. Pour permettre de suivre la démarche, j'ai créé par redéploiement sur le pôle un demi poste de référent qualité qui assiste au comité. La première action de ce comité a été la conduite de l'évaluation interne de l'Ehpad des Sources qui a associé des professionnels de chaque établissement.

J'ai également doté le pôle d'un outil informatique nommé AGEVAL permettant de faciliter le suivi des plans et des différents indicateurs. La référente qualité a été formée à son utilisation. Nous l'avons expérimenté pour l'auto-évaluation de l'Ehpad des Sources.

L'évaluation du projet s'intégrera dans cette démarche. Le projet de pôle se matérialisera par l'élaboration d'un plan d'actions défini sur le pôle et décliné par établissement. Il sera réalisé par le comité qualité suite à l'écriture du projet.

⁴⁷ Annexe 10 Lettre d'engagement du Président

⁴⁸ Annexe 9 Lettre d'engagement de la Directrice

Pour cette phase, je ne souhaite pas mobiliser les équipes, en effet, je dois tenir compte des moyens disponibles dans les établissements et je préfère réserver la participation des salariés à la première phase du projet dans le cadre de la réflexion sur les thématiques transversales qui permettra d'apprendre à se connaître, à se rendre compte de ce qui les rapproche et de créer un sentiment d'appartenance au pôle médico-social.

Par contre, je prévois des temps d'échanges réguliers, en utilisant les réunions déjà existantes, pour les informer et recueillir leur avis sur des points importants et adapter le plan d'actions en fonction de leurs remarques.

Pour me permettre de piloter l'action et d'objectiver les résultats, il sera nécessaire de définir des indicateurs. De plus, les établissements sociaux et médico-sociaux seront bientôt dans l'obligation de transmettre ces indicateurs aux autorités de contrôles, sur la base d'un tableau de bord de la performance expérimenté actuellement par l'ANAP. C'est donc sur le kit diffusé par l'ANAP que je souhaite m'appuyer pour élaborer nos indicateurs, qui devront bien sûr être adaptés aux objectifs que nous poursuivons.

La culture de l'évaluation n'est pas encore ancrée dans les pratiques des professionnels, même si elle se diffuse peu à peu avec les évaluations internes et externes qui ont été réalisées dans les divers établissements et auxquelles ils ont été associés. Cependant, ils le vivent encore plutôt comme un contrôle que comme une vraie démarche permettant d'améliorer les services rendus à l'utilisateur.

Aussi le plan d'actions sera réalisé par le comité qualité élargi à l'ensemble de l'encadrement. La mise en forme sera faite par la « référente » qualité qui saura ensuite m'appuyer pour suivre la mise en œuvre.

La démarche continue de la qualité et le retour régulier aux équipes permettra, petit à petit, de diffuser les pratiques d'évaluation aux équipes.

3.5 Conclusion de la 3^{ème} partie

Dans cette troisième partie, j'ai proposé un plan d'action permettant la structuration d'un projet de pôle qui doit permettre de mutualiser les ressources humaines, techniques et institutionnelles pour apporter une réponse harmonisée aux besoins des personnes âgées du territoire. Il passe par trois grandes étapes : la définition du projet de pôle, la construction d'un groupement de coopération et le développement d'actions visant à améliorer la fluidité des parcours. Il doit maintenant entrer dans sa phase de mise œuvre.

Conclusion

J'ai rejoint l'ADSEA 09 en 2012, car elle défend des valeurs humaines fortes, de solidarité sous toutes ses formes. Par ces actions, elle met l'utilisateur au centre de ses préoccupations en lui donnant la possibilité d'être acteur de son parcours, conformément à la législation et aux valeurs humaines qu'elle défend. Elle reconnaît le bénéficiaire comme un citoyen à part entière quelques soient ses difficultés sociales, de santé, de handicap, de perte d'autonomie.

Son projet associatif s'est adapté au fil du temps pour répondre aux besoins du territoire de l'enfance à la personne âgée, dans une logique d'échelles sociale et territoriale réduites.

Pour mettre en œuvre l'ensemble de ses actions et innovations, elle tisse des liens avec les autres associations du territoire.

J'ai analysé les enjeux de la structuration et de l'organisation d'un pôle médico-social au sein de l'ADSEA 09 afin d'optimiser de manière efficiente les parcours des usagers.

Dans cet objectif, j'ai d'abord étudié les caractéristiques du contexte dans lequel j'exerce mes fonctions de directrice de pôle, en expliquant l'ensemble des évolutions impactant les différents niveaux stratégiques de développement du projet de pôle. Dans un second temps, j'ai analysé le fonctionnement actuel du pôle à travers son évolution et celle de l'association. J'ai dégagé des priorités de travail, au niveau de sa structuration en vue de mettre en place une forme de guichet intégré. Celui-ci favorisera l'évolution des pratiques et de la culture de travail de chaque établissement et service en vue de répondre aux réels besoins de l'utilisateur.

Pour cela, j'ai démontré la nécessité de s'inscrire dans un travail de partenariat et de réseau.

Dans la finalité de fluidifier le parcours des usagers, j'ai présenté mon plan d'action autour de trois axes :

- La structuration de l'offre en interne,

- La proposition de rassembler les services sous la forme d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale permettant de répondre aux enjeux actuels et futurs.

- L'inscription du pôle dans le travail de réseau. Celle-ci est nécessaire pour ouvrir le pôle médico-social sur l'extérieur et pour qu'il soit repéré sur le territoire comme force de proposition pour répondre de manière adaptée aux besoins des usagers.

Au-delà de l'organisation structurelle du pôle et de son implantation sur le territoire en synergie avec les autres acteurs, je souhaite garder l'unique et ultime objectif de

construire une image positive de la vieillesse permettant à ceux qui la vivent de conserver toute leur dignité humaine et sociale.

Bibliographie

Ouvrages :

BLOCH M-A., HÉNAUT L ; 2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, DUNOD Collection: Santé Social, Dunod / Fondation Paul Benetot-Groupe Matmut

CROZIER M., FRIEDBERG Erhard, 1992, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris

DUPUY O., 2007 ; *La nouvelle gouvernance hospitalière : l'organisation en pôles d'activités*, Editions Heures de France, Paris

LOUBAT J.R., 2014, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 421 pages

MARREC Y., REGUER D / (éd.), 2013, *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charges de la fin du XVIIIe siècle à nos jours*, Mont Saint Aignan : Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 566 p.

MARTIN C./ ed., 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* RENNES : ENSP, 372 p.

SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS, 2011, 3^{ème} La Pratique du raisonnement, PARIS, Edition PEARSON Education

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

ANESM, 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*

ANESM, 2009, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.*

ANESM, 2012, *Ouverture d'établissement à et sur son environnement*

ANESM, 2012, *La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre*

Articles de revues

AMYOT J.J., « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers », *Vie sociale* 1/2010 (N° 1) , p. 25-42

URL : www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-25.htm.

DOI : 10.3917/vsoc.101.0025

ARGOUD D. « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société* 1/2010 (n° 132) , p. 103-110

URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-1-page-103.htm.

DOI : 10.3917/gs.132.0103.

BLANCHARD N., « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ? », *Retraite et société* 3/2004 (no 43) , p. 165-186

URL : www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2004-3-page-165.htm.

DORANGE M., « Entrée en institution et paroles de vieux », *Gérontologie et société* 1/2005 (n° 112), p. 123-139
URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-123.htm.
DOI : 10.3917/g.s.112.0123

DRUNAT O., « Droit des personnes âgées et réseau gérontologique », *Gérontologie*, n° 106,

ENNUYER B., « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et société* 4/2007 (n° 123), p. 153-167
URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-153.htm.
DOI : 10.3917/g.s.123.0153

ROSENMAYR L., « L'image de la vieillesse à la naissance de l'Europe », *Retraite et société* 3/2001 (no 34) , p. 11-27
URL : www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2001-3-page-11.htm

TOURNIAIRE-KASHARI A., « Les enjeux du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations dans l'Union européenne », *Informations sociales* 3/2014 (n° 183) , p. 116-124
URL : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-3-page-116.htm

Rapport annuel CNSA 2012

Guide :

GUIDE DU DIRECTEUR, *Etablissement - Service social ou médico-social*, Editions Direction[s], Issy les Moulineaux : Forum 52

Rapport :

ARRECKZ M., 1979, *Rapport sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées*, Paris, Assemblée Nationale

CNSA, *Dossier scientifique Premières rencontres scientifiques sur l'autonomie Évaluer pour accompagner* Actes du colloque du 12 février 2009, Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris

LES CAHIERS PÉDAGOGIQUES DE LA CNSA OCTOBRE 2014

Haut Comité Consultatif de la population et de la famille, 1962, *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, Paris, La Documentation Française

DRESS : En décembre 2013 on comptait 715 000 personnes dépendantes accompagnées à domicile et 503 000 environ en établissement Source DREES numéro 942 2015

Projet de Cahier des charges des projets pilotes PAERPA Ministère des Affaires sociales et de la Santé COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE

Sites Internet :

www.legifrance.gouv.fr/

www.cnsa.fr/

www.gouvernement.fr/

www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/

http://ec.europa.eu/index_fr.htm (commission européenne)

Dictionnaire LAROUSSE disponible sur internet [visité le 14 août 2016]
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillessement/81927>

INSEE. *Projections de population à l'horizon 2060* [visité le 14/08/2016], disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320#inter2

OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

Sécurité Sociale : Indicateur n°3 : Évolution et répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur3_pqe_invalidite.pdf [visité le 17 août 2016]

Le gestionnaire de cas <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-gestionnaire-de-cas>

Vieillessement actif Site commission Européenne
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=fr>

CNSA La conférence des financeurs <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs>

Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>

L'adaptation de la société au vieillissement <http://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement> consulté le 24 août 2016

Site Internet Centre Hospitalier du Val d'Ariège <http://www.chiva-chpo.fr/index.php/accueil-chiva/4-espace-senior/les-hebergements-en-institution/ehpad-le-bariol.html>

Gérard Odasso Bientraitance et Valorisation des rôles sociaux <http://www.gerard-odasso.net/spip.php?article226>

La Toupie Dictionnaire <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Subsidiarite.htm>

Lois :

Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

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 (1)

Loi du n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Schémas et documents de programmation.

Le schéma départemental de l'autonomie de l'Ariège

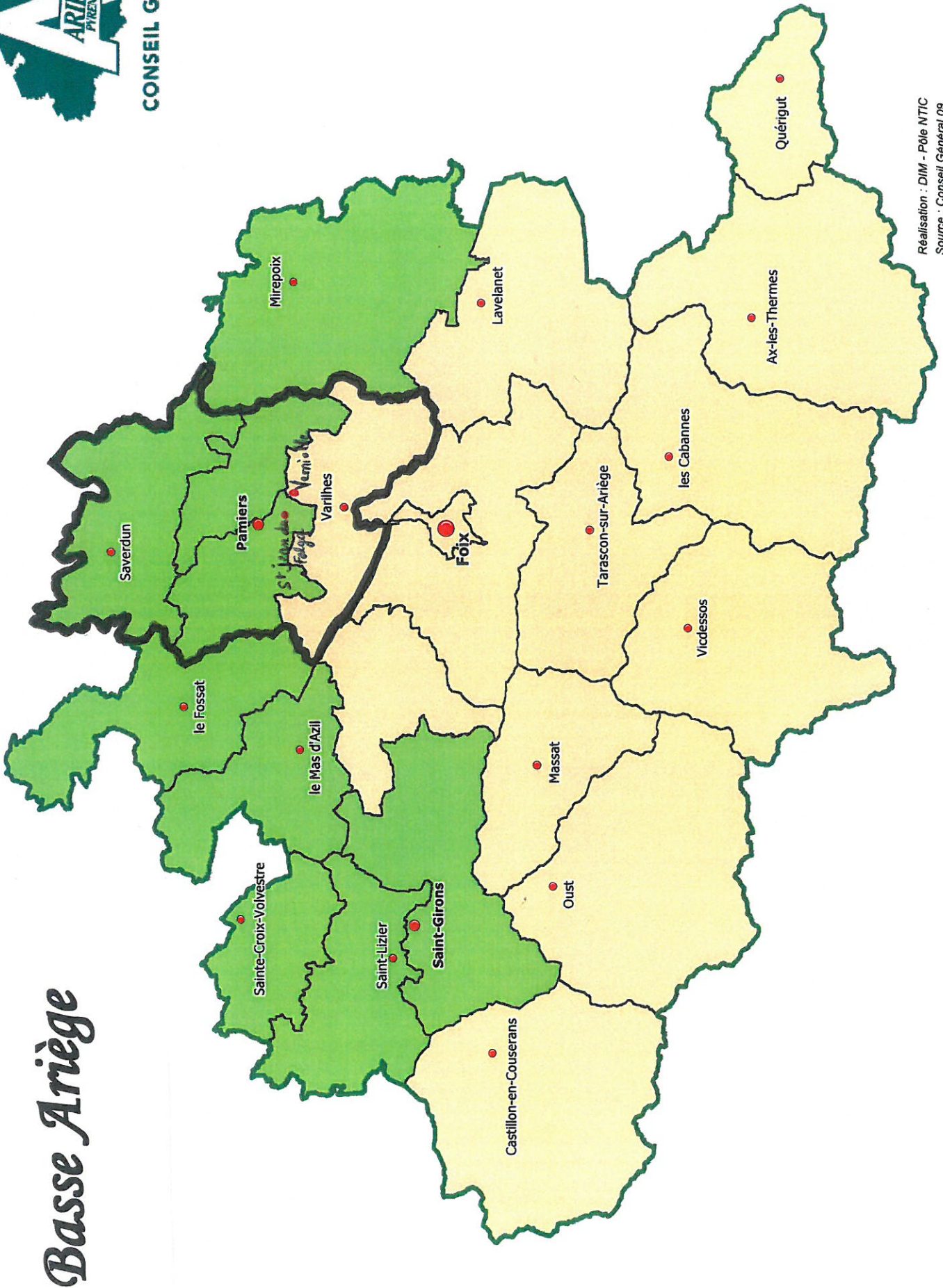
Le schéma régional d'organisation sociale et médico-social relatif aux personnes âgées en Occitanie

Liste des annexes

- Annexe 1 : Carte de l'Ariège avec les territoires d'intervention
- Annexe 2 : Schéma synthétique du Pôle
- Annexe 3 : Organigramme Ehpad des Sources à ST JEAN DU FALGA
- Annexe 4 : Organigramme AMDAH à ST JEAN DU FALGA
- Annexe 5 : Organigramme Ehpad Le Château à VERNIOLLE
- Annexe 6 : Les Missions de l'E.S.A.
- Annexe 7 : Fiche de liaison Domicile / Ehpad
- Annexe 8 : Processus du Pôle
- Annexe 9 : Lettre d'engagement de la Directrice
- Annexe 10 : Lettre d'engagement du Président



CONSEIL GÉNÉRAL



Basse Ariège

Réalisation : DIM - Pôle NTIC
Source : Conseil Général 09
Fonds : BDtopo pays (GN-Paris-2001 licence n°2001/CUBA/0421
Mai 2002 (reproduction interdite)

Association St Joseph/A.D.S.E.A. 09

PÔLE MÉDICO SOCIAL

"Le Château" à Verniole

Coopération avec l'assoc. St-Joseph

C. Départ. 09 + ARS

Hébergement Permanent
86 lits - 98,08%

Hébergement Temporaire
2 lits - 40%

Accueil de Jour
6 Places - 70%

EHPAD Des Sources

C. Départ. 09 + ARS

Hébergement Permanent
80 lits - 98,08%

Hébergement Temporaire
4 lits - 40%

Services AMDAH

ARS

SSIAD* - Pôle Adultes
60 situations

SSIAD* - Pôle Handicapés
5 situations

Equipe Spécialisée Alzheimer
30 situations

CIGGD*

ADSEA + AA

Mandataire

ASD

Gestion Propre

Portage de Repas

PÔLE SOCIAL

Loumet Inter Générations

C. Départ. 09 + DRPJJ

Gestion Propre

Foyer Logement Personnes Agées
24 résidents

Foyer Jeunes Travailleurs
28 résidents

Foyer De l'Enfance
8 Places - 75%

Contrat d'Aide Vie Sociale
7 situations mensuelles

Service Enfants-Famille
50 situations

Médiation Familiale
50 Médiations

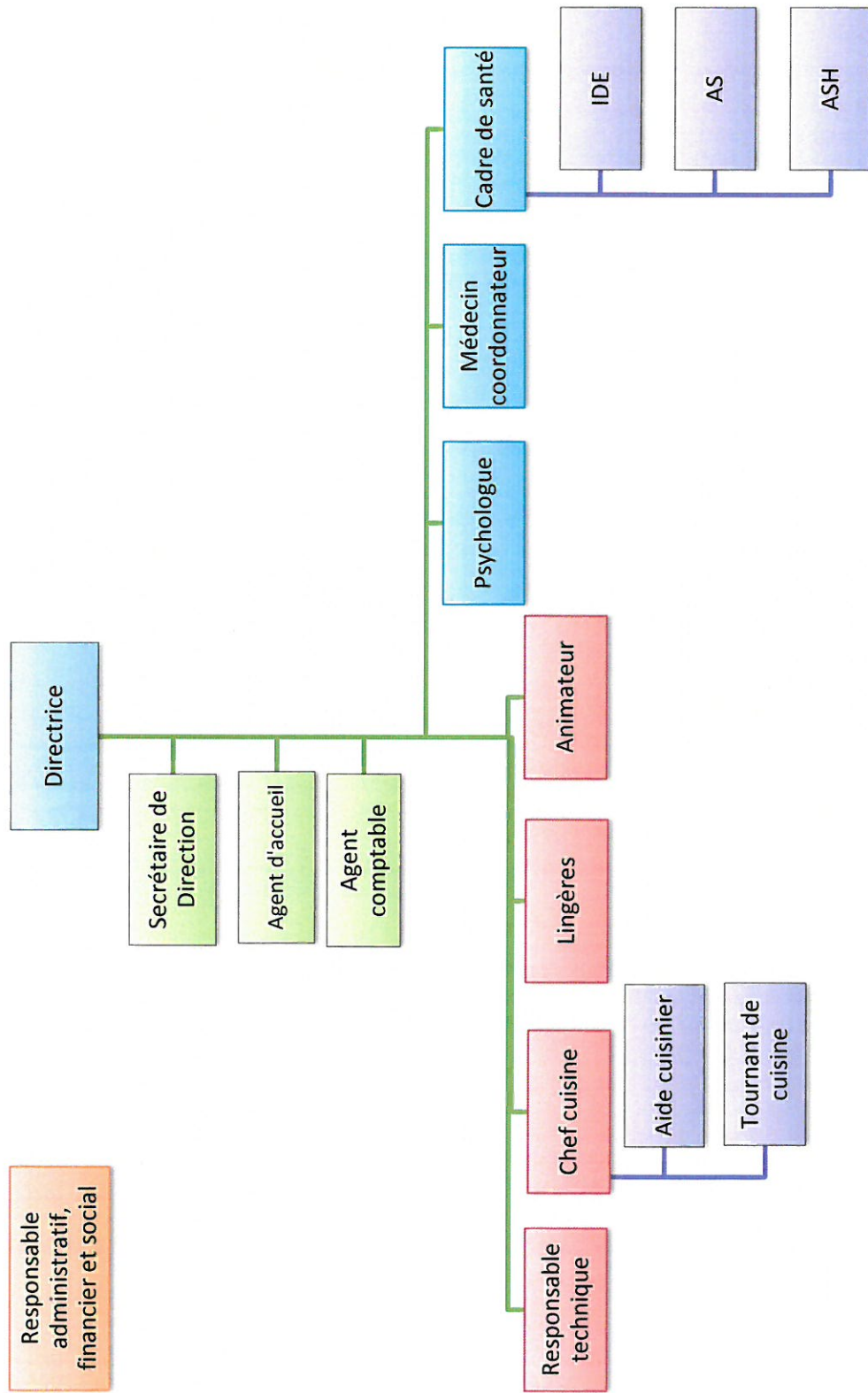
Hôtel Maternel
3 Apparts

SSIAD* : Service Soins Infirmiers A Domicile

CIGGD* : Centre d'Information et de Gestion de Garde à Domicile

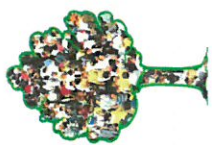


ORGANIGRAMME EHPAD DES SOURCES

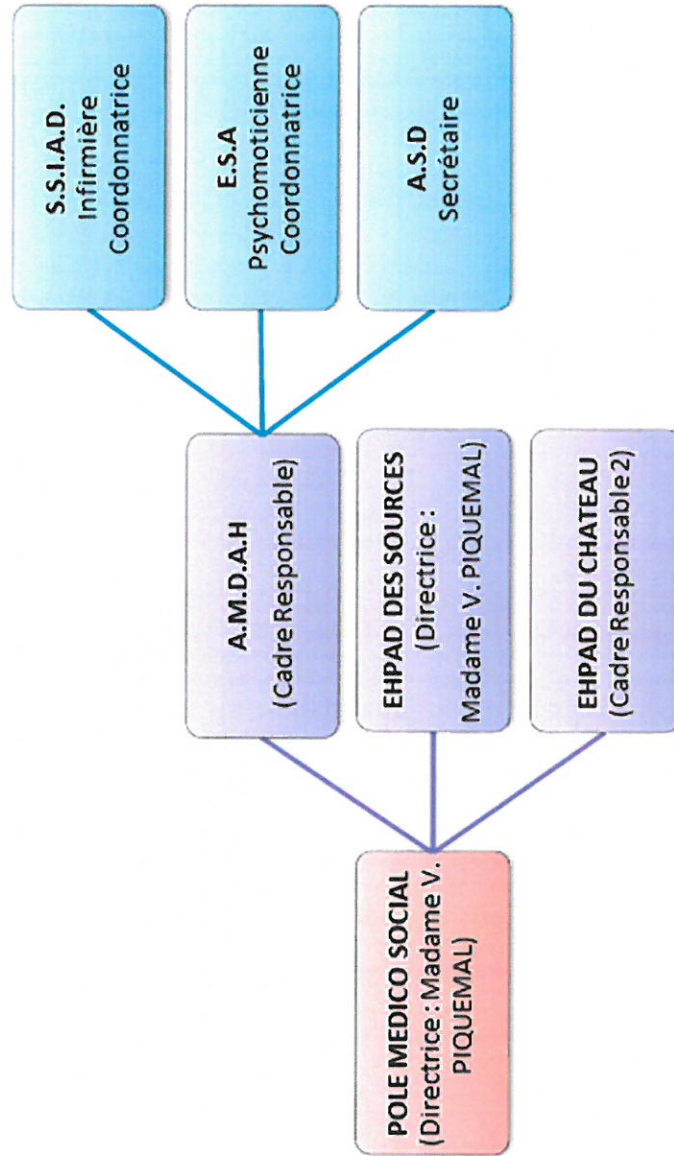


Comité
Direction

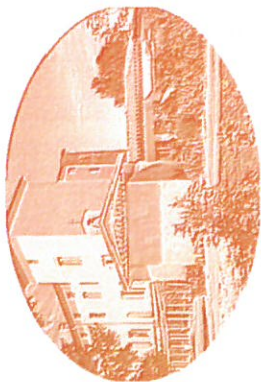
ADSEA 09 EHPAD DES SOURCES
2, rue Foun Rouge - CS 40134 - 09104 SAINT JEAN DU FALGA CEDEX
Tél : 05 34 01 91 00 - Fax : 05 34 01 57 40 - Mail : ehpadsources@orange.fr - www.adsea09.org



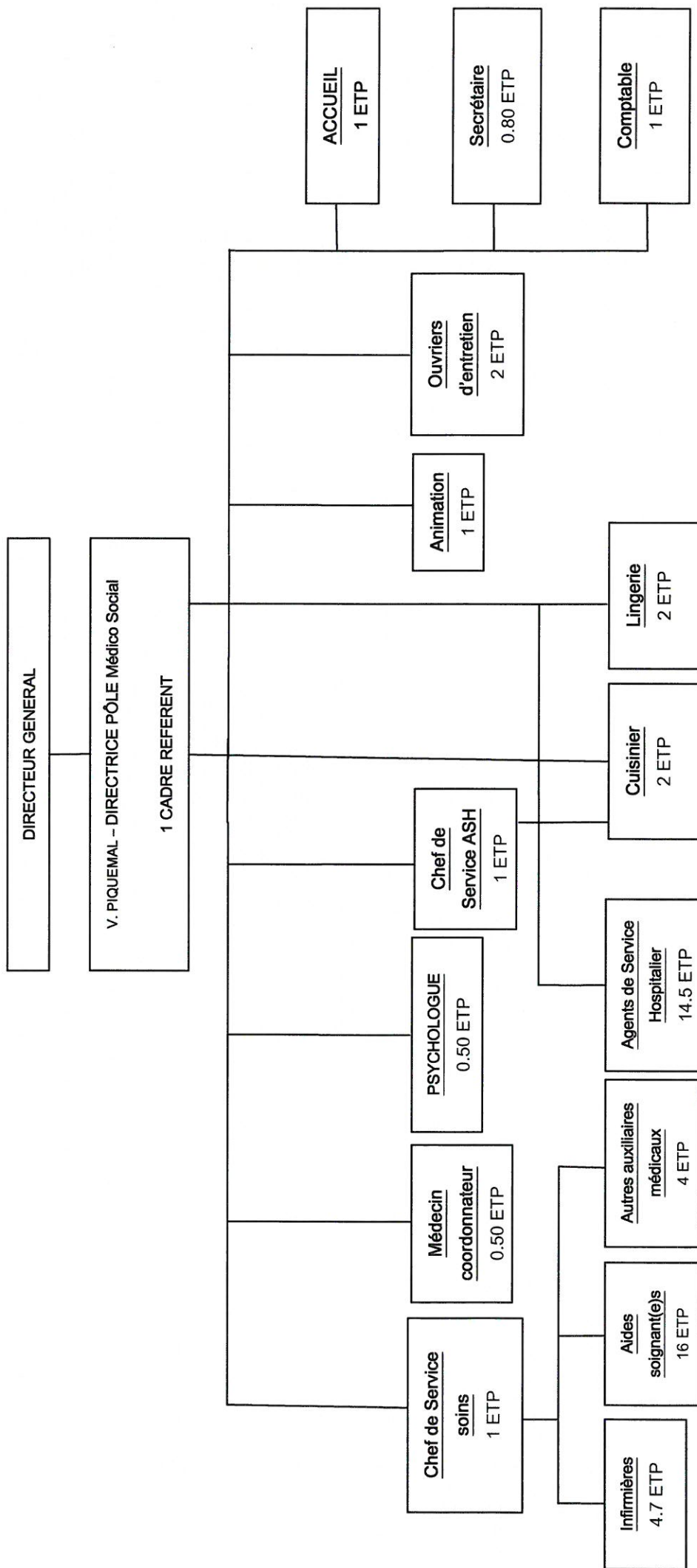
ORGANIGRAMME AMDAH



ADSEA 09 SERVICE AMDAH
2, rue Foun Rouge - CS 40134 - 09104 SAINT JEAN DU FALGA CEDEX
Tél : 05 81 30 80 00 - Fax : 05 34 01 57 40 - Mail : a.m.d.a.h@wanadoo.fr - www.adsea09.org



EHPAD le château
 4 Avenue des Monts d'Olmes
 09340 Verniolle
 Tel : 05.61.68.02.26
 Fax : 05.61.68.00.95





ESA

Équipe Spécialisée Alzheimer

Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée

MISSIONS DE L'ÉQUIPE SPÉCIALISÉE ALZHEIMER (ESA)

L'objectif général est la préservation de la qualité de vie du patient et de ses aidants afin de permettre le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles.

Les actions réalisées par l'ESA ont vocation à prendre en compte le malade et son entourage.

Elle réalise :

- ◆ Une action auprès de la personne malade
- ◆ Une action auprès de l'aidant
- ◆ Une action sur l'environnement

Ces actions ont pour objectifs :

- De donner des informations, conseils et échanges sur la pathologie
- De favoriser l'amélioration de la qualité de vie
- L'aide au maintien de l'autonomie de la personne dans les activités de vie quotidienne
- De limiter les symptômes et l'avancée de la maladie.
- De favoriser la relation patient-aidant
- Maintenir les capacités restantes de la personne afin d'améliorer ou préserver son autonomie dans les activités de vie quotidienne.
- Réduire les symptômes et les troubles du comportement.
- Favoriser la relation entre la personne et ses proches. Conseiller l'entourage sur les attitudes à adopter ou à proscrire. Prévenir les risques liés à l'épuisement familial.
- Prévenir l'isolement en favorisant les liens et échanges sociaux.

Autres missions de l'équipe

L'ESA et notamment la psychomotricienne et l'infirmière coordinatrice ont un rôle de médiateur dans une situation complexe notamment quand le maintien à domicile semble être inadapté pour le bénéficiaire et pour son entourage. Elles pourront donner un avis et aider à l'orientation.

L'équipe a une mission d'éducation thérapeutique auprès des aidants naturels et/ou professionnels afin de permettre à ceux-ci de comprendre et interpréter les principaux paramètres liés l'état de santé.

L'équipe réalise :

- un soutien psycho éducatif des aidants naturels
- une écoute empathique
- des conseils sur les attitudes à privilégier
- des propositions de solutions à apporter en matière d'aménagement du domicile
- des informations sur les aides humaines et structures de répit existantes
- un appui des aidants professionnels
- une écoute de leurs difficultés
- un partage des pratiques
- des moments de travail en commun
- des apports autour de la maladie d'Alzheimer.

Nom Prénom :	Date d'entrée :	Date de sortie :	Clie à l'origine de la fiche :
Date de naissance :			

FICHE DE LIAISON DOMICILE - EHPAD

Annexe 7

AUTONOMIE

Autonomie fonctionnelle :

A L'ENTREE	
Déplacements	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Accompagnement : canne / déambulateur / fauteuil roulant
Transferts	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Lève malade
Précisions :	

A LA SORTIE	
Déplacements	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Accompagnement : canne / déambulateur / fauteuil roulant
Transferts	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Lève malade
Précisions :	

Toilette / Habillage :

A L'ENTREE	
Toilette	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Nombre de Douches / semaine :	
Nombre de shampoings / semaine :	
Nombre de toilettes au lavabo / semaine :	
Habitudes (<i>merci de préciser d'autres habitudes autour de la toilette et l'habillage si besoin : horaires ... etc.</i>) :	

A LA SORTIE	
Toilette	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale
Nombre de Douches / semaine :	
Nombre de shampoings / semaine :	
Nombre de toilettes au lavabo / semaine :	
Habitudes (<i>merci de préciser d'autres habitudes autour de la toilette et l'habillage si besoin : horaires ... etc.</i>) :	

Rasage par un tiers :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Soins dentaires par un tiers :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de rasoir :	<input type="checkbox"/> Electrique <input type="checkbox"/> Mécanique	Soins de bouche :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Soins esthétiques et confort :	<input type="checkbox"/> Coiffeur <input type="checkbox"/> Esthéticienne	Entretien de prothèse :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Manucure	<input type="checkbox"/> Pédicure

Nom Prénom : Date de naissance :	Date d'entrée :	Date de sortie :	Clic à l'origine de la fiche :
-------------------------------------	-----------------	------------------	--------------------------------

Elimination :

A L'ENTREE	
Continent :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incontinence urinaire :	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Sonde urinaire
Incontinence fécale :	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit
Protection jour :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> protection simple <input type="checkbox"/> protection complète
Protection nuit :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Protection complète <input type="checkbox"/> Penilex
<input type="checkbox"/> Nécessite une stimulation	<input type="checkbox"/> Nécessite un accompagnement
<input type="checkbox"/> Chaise percée à proximité	

A LA SORTIE	
Continent :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incontinence urinaire :	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Sonde urinaire
Incontinence fécale :	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit
Protection jour :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> protection simple <input type="checkbox"/> protection complète
Protection nuit :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Protection complète <input type="checkbox"/> Penilex
<input type="checkbox"/> Nécessite une stimulation	<input type="checkbox"/> Nécessite un accompagnement
<input type="checkbox"/> Chaise percée à proximité	

COMPORTEMENT

Communication :

Capacité à utiliser un téléphone :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Capacité à utiliser un système d'alerte :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du langage :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Confusion :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue parlée si différente du français :			

A L'ENTREE	
Communication verbale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre mode de communication :	
Troubles du comportement et éléments déclenchant :	

A LA SORTIE	
Communication verbale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre mode de communication :	
Troubles du comportement et éléments déclenchant (avec équipes, avec autres résidents, à certains moments clé de la journée etc.) :	

Sommeil :

A L'ENTREE	
<input type="checkbox"/> Nuits calmes	<input type="checkbox"/> Nuits agitées
Déambulation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté d'endormissement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Heure habituelle de coucher :	
Heure habituelle de réveil et/ou de lever :	
Sieste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Horaires et éventuels rituels du coucher :	

A LA SORTIE	
<input type="checkbox"/> Nuits calmes	<input type="checkbox"/> Nuits agitées
Déambulation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté d'endormissement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Heure habituelle de coucher :	
Heure habituelle de réveil et/ou de lever :	
Sieste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Horaires et éventuels rituels du coucher :	

Nom Prénom : Date de naissance :	Date d'entrée :	Date de sortie :	Clic à l'origine de la fiche :
-------------------------------------	-----------------	------------------	--------------------------------

Comportement alimentaire :

Nombre de repas par jour :	
Appétit :	<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Gros
Goût :	<input type="checkbox"/> Salé <input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Epicé
Aliments préférés :	
Aliments refusés (n'aime vraiment pas) :	
Texture conseillée :	
Boissons :	<input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gélifiée <input type="checkbox"/> risque de fausse route
Autres précisions :	

A L'ENTREE	
Poids :	

A LA SORTIE	
Poids :	

ACTIVITES

A DOMICILE	
<i>Activités (cuisine, couture, petit bricolage, jardinage, lecture, télévision, chant.....) :</i>	
Besoin de stimulation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

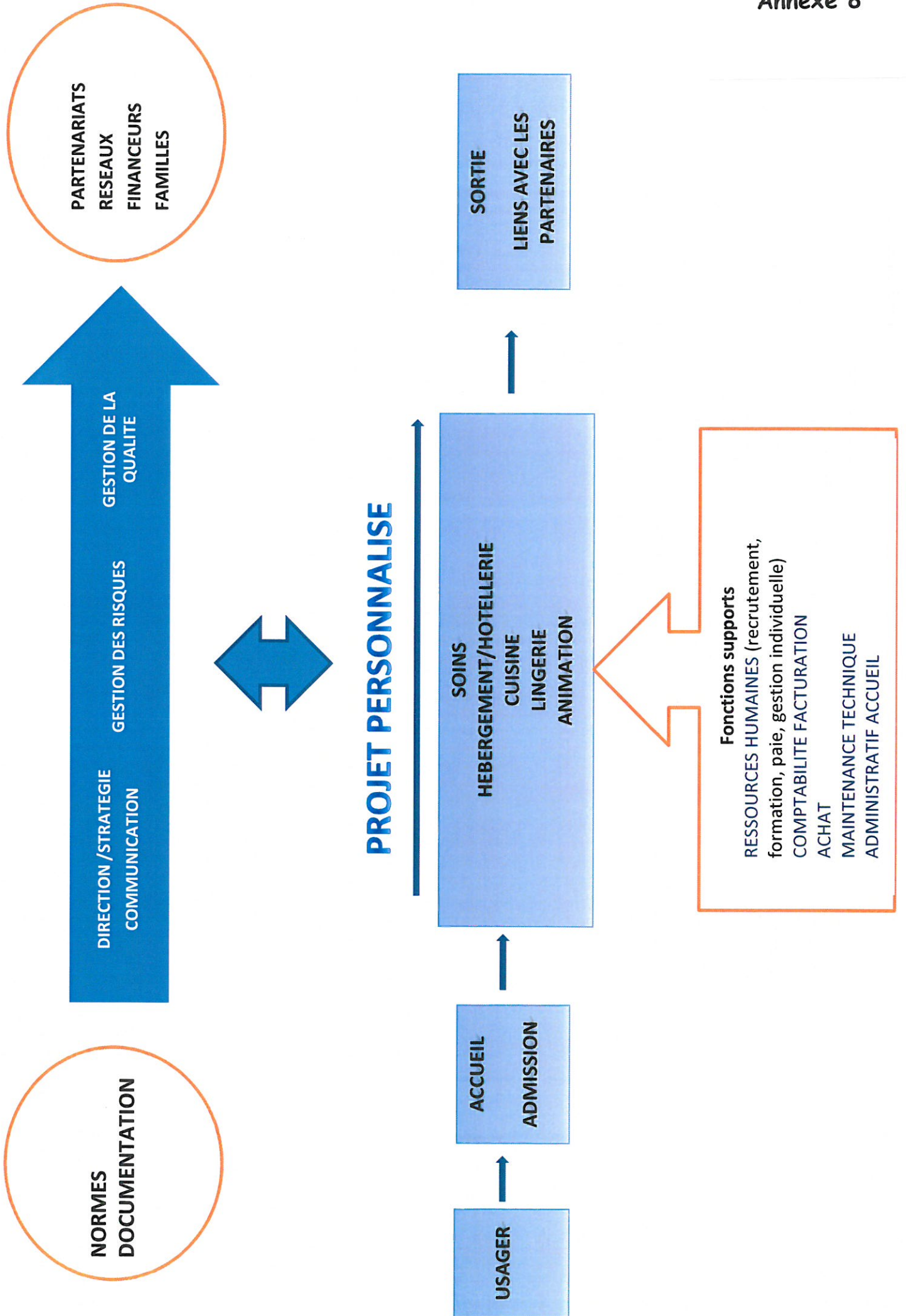
A L'EHPAD	
Activités proposées :	
Besoin de stimulation :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Participation aux activités proposées :	

OBSERVATIONS / BILAN / EVENEMENTS IMPORTANTS du séjour :

Nom Prénom :	Date d'entrée :	Date de sortie :	Clic à l'origine de la fiche :
Date de naissance :			

Plan d'aide au domicile avant l'entrée

	Nom et coordonnées de l'intervenant	Nature de l'intervention	Fréquences d'intervention
KINÉSITHÉRAPEUTE			
IDEL			
SSIAD			
AVS			
AED			
Accueil de jour			
ESA			
Aidants familiaux			
AUTRES			



PARTENARIATS
RESEAUX
FINANCEURS
FAMILLES

GESTION DE LA
QUALITE

GESTION DES RISQUES

DIRECTION / STRATEGIE
COMMUNICATION

NORMES
DOCUMENTATION

PROJET PERSONNALISE

SORTIE
LIENS AVEC LES
PARTENAIRES

SOINS
HEBERGEMENT/HOTELLERIE
CUISINE
LINGERIE
ANIMATION

Fonctions supports

RESSOURCES HUMAINES (recrutement,
formation, paie, gestion individuelle)
COMPTABILITE FACTURATION
ACHAT
MAINTENANCE TECHNIQUE
ADMINISTRATIF ACCUEIL

ACCUEIL
ADMISSION

USAGER



ADSEA 09

EHPAD DES SOURCES

2, rue Foun Rouge – CS 40134

09104 SAINT JEAN DU FALGA CEDEX

SQ.DIR.REF.002.00

Engagement de la Direction pour favoriser le développement d'une démarche de progrès :

Qualité, Ethique des pratiques et respect de l'Environnement social

Dans le cadre des orientations et exigences posées par le Code de l'Action Sociale et des Familles, et plus particulièrement de son article L.312.8 (loi n°2002.2 du 02 janvier 2002).

Conformément aux engagements de l'association et par délégation du président, j'ai pris la décision d'engager, pour le pôle médico-social, un processus global de progrès en matière de management de la Qualité, de l'Ethique des pratiques et de respect de l'Environnement social.

Ce dispositif a pour but, non seulement de rechercher la conformité réglementaire, mais aussi d'assurer l'avenir de l'association et de ses établissements.

Pour ce faire, je m'engage :

- ⇒ à valider et à mettre en œuvre un référentiel d'engagements, caractérisant le service à rendre à savoir le développement de projets personnalisés ;
- ⇒ à favoriser, autant que possible, le développement et la connaissance des principes éthiques et de métrologie sociale qui fondent les pratiques et permettent de les évaluer ; à prévenir les maltraitances ;
- ⇒ à permettre aux personnes bénéficiaires du service, à leurs représentants, d'exprimer leurs attentes, leurs demandes, leurs besoins et leurs ressentis ; à encourager les professionnels à mettre en œuvre des pratiques d'écoute vis-à-vis de ces bénéficiaires, de leurs familles ou environnements aidants ou représentants ;
- ⇒ à développer une politique managériale clarifiée et diffusée valorisant les rôles sociaux et les rôles professionnels, recherchant l'implication de tous les partenaires, et l'amélioration des compétences ;
- ⇒ à encourager la clarification des processus dans le cadre d'un système contribuant à l'efficacité de l'utilisation des ressources humaines et budgétaires disponibles ;
- ⇒ à valider des objectifs Qualité et Ethique et en matière de respect de l'Environnement social ; à en assurer le contrôle ; à en planifier la mise en œuvre ;
- ⇒ à définir et à communiquer les délégations et principes de responsabilité et d'autorité nécessaire à la mise en œuvre de ces engagements.

J'invite donc tous les professionnels et tous les cadres, quelles que soient leurs attributions, à s'engager dans ce processus global, à rendre compte des difficultés et des réussites, à faire toutes propositions d'amélioration.

Je suis persuadée de pouvoir compter sur votre implication et je vous en remercie.

A St Jean du Falga, le 04 janvier 2016

La Directrice

Valérie PIQUEMAL



7, rue de Loumet CS 50065
09102 PAMIERES CEDEX
Tél : 05.61.67.94.00- Fax : 05.61.67.94.09
adsea09@orange.fr - www.adsea09.org

LA LETTRE D'ENGAGEMENT DU PRESIDENT

Sur ma proposition et celle des dirigeants élus, le Conseil d'Administration de l'ADSEA 09 a confirmé notre plan de développement qui prévoit la mise en œuvre d'une démarche structurée d'amélioration continue, associant épanouissement professionnel des salariés, recherche de la qualité, développement de l'éthique des pratiques, respect de l'environnement social.

Cette approche est la condition du succès et de la pérennité de notre entreprise, au service des bénéficiaires, usagers, résidents, mais aussi des familles, des environnements aidants, des organismes publics, clients, fournisseurs et professionnels, qui nous accordent leur confiance.

Cette confiance est confortée par notre volonté :

- ⇒ d'être porteurs du changement, à l'écoute de l'évolution des besoins ;
- ⇒ de respecter l'ensemble des réglementations qui s'imposent ;
- ⇒ de développer les compétences internes, si nécessaire en y associant des compétences externes ;
- ⇒ de garantir une recherche d'efficacité de nos décisions et pratiques ;
- ⇒ d'encourager la clarification des références de bonnes pratiques, notamment des postures éthiques professionnelles, de la Valorisation des Rôles Sociaux et Professionnels ;
- ⇒ de favoriser les systèmes de régularisations, d'évaluations, de contrôles internes et d'audits ;
- ⇒ d'asseoir le système de communication interne et externe ;
- ⇒ de préciser les délégations confiées à des cadres expérimentés, en leur demandant de rendre compte des résultats obtenus.

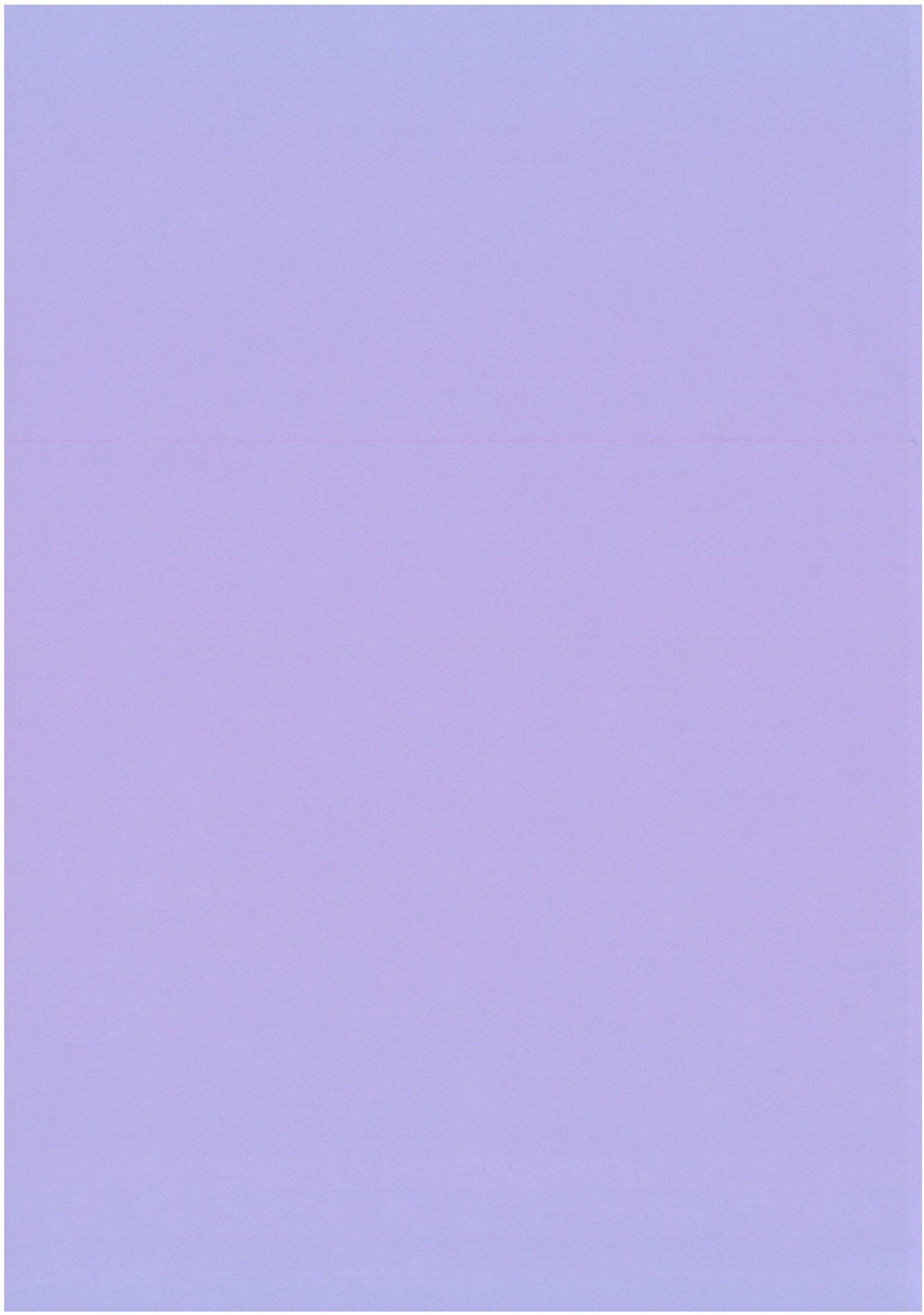
Pour la mise en œuvre de cette politique sur le Pôle Médico Social, délégation a été donnée à Madame La Directrice du Pôle, à charge pour elle de valider le plan d'actions et d'en garantir l'exécution.

L'association attend de ses représentants : loyauté, implication, rigueur, expertise, conseil, écoute et dynamisme.

A Pamiers, le 04 janvier 2016.

Le Président

Dr Bernard SOULA



PERRIN

Valérie

NOVEMBRE 2016

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : CRFPFD TOULOUSE

**OPTIMISER LE PARCOURS DES PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES DE
BASSE ARIÈGE AUTOUR DE LA STRUCTURATION
D'UN PÔLE MÉDICO-SOCIAL**

Résumé :

L'accompagnement des personnes âgées constitue une préoccupation des pouvoirs publics depuis notamment le début des années 60, avec la publication du rapport Laroque qui montrait déjà l'impact du vieillissement de la population sur les politiques publiques. Il s'interrogeait déjà sur la place des personnes âgées dans la société.

Les valeurs de l'ADSEA 09 rejoignent cette volonté de respect des personnes, de valorisation des rôles sociaux tout au long de la vie. C'est donc naturellement qu'elle s'est engagée à répondre aux besoins des personnes en difficulté quelque soit leur âge, dans un cadre intergénérationnel innovant.

Depuis 2013, elle a amorcé une phase de changements rapides avec la création d'un Ehpad, puis la fusion avec une association de maintien à domicile, un service de soins à domicile, une équipe spécialisée Alzheimer, un service de portage de repas et enfin la prise en gestion d'un autre Ehpad situé à quelques kilomètres de l'autre.

J'en assure la Direction sous la forme d'un pôle médico-social.

Après cette phase d'extension rapide, il faut maintenant stabiliser l'organisation et fédérer les équipes autour d'un projet commun en vue d'optimiser le parcours des usagers.

Mots clés :

Accompagnement, coordination, management, mutualisation, parcours, personnes âgées, pôle, projet, valeurs.

L'École des Hautes Études 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.