



Master 2

**Pilotage des politiques et actions en
santé publique**

Promotion : **2015-2016**

**L'action du CIAS à l'Ouest de Rennes
sur le parcours de vie et de santé
de la personne âgée
dépendante et isolée**

Gisèle-HUTEAU

13/09/2016

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Marie-Aline BLOCH, Professeure à l'EHESP et directrice de mon mémoire, pour son encadrement, sa disponibilité et les précieux conseils qu'elle m'a prodigués.

Mes plus vifs remerciements vont également à Monsieur Arnaud Campéon, Professeur à l'EHESP, Responsable du Master « Pilotage des politiques et actions en santé publique » ainsi qu'à Madame Régine Mafféi, Ingénieure d'études et gestionnaire de la formation, pour leurs sens de l'écoute et leurs encouragements tout au long de cette année universitaire.

J'exprime par ailleurs toute ma reconnaissance à Monsieur Alain Piton, Président du Conseil d'administration du CIAS à l'Ouest de Rennes, et à Monsieur Jacques Thomas, Directeur général, pour m'avoir accueillie en tant que stagiaire, ainsi qu'à Madame Yolande Briand, ma tutrice à l'EHPAD Les Champs Bleus.

Je remercie également l'ensemble des cadres et agents des services à domicile et des EHPAD du CIAS pour leur accueil ainsi que les autres professionnels qui ont bien voulu accepter de répondre à mes questions.

Je souhaite enfin remercier Gilles, mon mari, et Anaëlle, ma fille, pour leurs soutiens ainsi que l'ensemble des étudiants de la promotion 2015-2016 du Master « Pilotage des politiques et actions en santé publique » pour tous les bons moments passés ensemble.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 - La maturation progressive d'une approche longitudinale et systémique de la perte d'autonomie.....	2
1.1- La persistance d'une conception restrictive de la perte d'autonomie.....	2
1.2- Le passage à une prise en compte globale des besoins des personnes en perte d'autonomie.....	4
2 - La cohérence d'ensemble du parcours de vie et de santé pour répondre aux besoins globaux de la personne dépendante et isolée.....	5
2.1- L'interdépendance du parcours de vie et de santé dans la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie.....	6
2.2- La nécessité de la prise en compte de l'isolement social dans le parcours de vie.....	8
3 - L'action territoriale du CIAS à l'Ouest de Rennes à destination des personnes âgées en perte d'autonomie.....	11
3.1- Une territorialisation de la politique du vieillissement à rapporter au contexte socio-démographique du CIAS.....	11
3.2- Une recherche permanente de l'adaptation de l'offre de services et d'établissements au service des personnes en perte d'autonomie.....	13
4 - Problématique.....	14
5 - Méthodologie.....	14
6 - Annonce de plan.....	16
PREMIERE PARTIE	
1- L'action transversale du CIAS en faveur du parcours de vie et de santé des personnes âgées dépendantes.....	17
1.1- Une prise en compte des besoins des personnes âgées en corrélation avec les différentes étapes de la perte d'autonomie.....	18

1.1.1- L'orientation prioritaire du parcours de vie et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie : le maintien à domicile.....	18
1.1.1.1. Les interventions des services de maintien à domicile.....	19
1.1.1.2. Les limites du maintien à domicile.....	22
1.1.2- La voie subsidiaire du placement en hébergement : la graduation de la réponse en fonction de la perte d'autonomie	25
1.1.2.1. La complémentarité de l'offre de services des EHPAD.....	26
1.1.2.2. L'entrée en établissement et le projet de vie du résident.....	28
1.1.3- La mise en place de réponses intermédiaires entre les formules de maintien à domicile ou d'hébergement en établissement.....	30
1.1.3.1. Le renforcement du soutien à domicile au moyen de l'équipe spécialisée Alzheimer du Meu (ESAME)	31
1.1.3.2. L'accueil de jour thérapeutique et l'hébergement temporaire.....	31
1.2- Un engagement dans une politique de partenariat en vue d'optimiser la prévention et l'accompagnement social de la perte d'autonomie.....	32
1.2.1- L'instauration de partenariats entre le CIAS et d'autres acteurs de la filière gérontologique.....	33
1.2.1.1. Le partenariat entre le CIAS et les médecins libéraux.....	33
1.2.1.2. L'articulation entre l'offre de services du CIAS et la filière gériatrique hospitalière.....	35
1.2.2- La participation du CIAS aux dispositifs de coordination et d'intégration au service du parcours de vie et de santé de la personne âgée.....	36
1.2.2.1. L'association du CIAS au CLIC Noroît afin de promouvoir la coordination organisationnelle de la prise en charge de la perte d'autonomie	37
1.2.2.2. Le renversement de la logique de la MAIA par rapport au CLIC : le passage d'une coordination à une intégration organisationnelle.....	38

DEUXIEME PARTIE

2- L'engagement du CIAS dans la dynamique MONALISA pour lutter contre l'isolement des personnes âgées dépendantes.....	41
2.1- MONALISA : une démarche emblématique de l'action innovante du CIAS en faveur des personnes dépendantes à domicile.....	42
2.1.1- La lutte contre l'isolement social : un champ d'innovations pour le CIAS.....	42
2.1.1.1. L'accueil de jour de personnes âgées non hébergées à titre permanent en établissement.....	43
2.1.1.2. Le lieu ressource de La Longère : une réalisation remarquable caractéristique de l'esprit d'innovation sociale du CIAS.....	44
2.1.2- L'accentuation de l'engagement du CIAS dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées à la faveur de Monalisa.....	46
2.1.2.1 L'inscription de la dynamique Monalisa dans un cadre organisé.....	47
2.1.2.2. La confrontation des principes de fonctionnement de Monalisa à ses conditions de mise en œuvre sur le territoire du CIAS.....	48
2.2- L'effacement de la dynamique MONALISA en établissement vis-à-vis d'autres formes de lutte contre l'isolement social.....	51
2.2.1- La volonté des EHPAD d'être des lieux de vie pour lutter contre le sentiment d'isolement des personnes âgées.....	52
2.2.1.1. Les échanges diffus avec les résidents inhérents à la prise en charge.....	52
2.2.1.2. La formalisation du temps de l'animation sociale au sein de l'EHPAD.....	53
2.2.2- La promotion de relations avec le monde extérieur en vue de lutter contre l'isolement social des résidents des EHPAD.....	54
2.2.2.1. La préservation des liens avec les proches des résidents et la possibilité de visites par des bénévoles associatifs.....	55
2.2.2.2. La mise en place d'un pôle d'activités et de soins adaptés « ouvert ».....	56

TROISIEME PARTIE

3- La réponse encore perfectible de l'action du CIAS	57
3.1. L'évaluation de la qualité de l'offre de services du CIAS au regard du parcours de vie et de santé de la personne âgée.....	58
3.1.1. Les mécanismes d'évaluation de la qualité de la prise en charge des besoins des personnes âgées dépendantes et isolées	58
3.1.1.1. Le mode d'évaluation des EHPAD.....	59
3.1.1.2. Le mode d'évaluation des services de maintien à domicile et d'aide aux aidants.....	61
3.1.2. Les enseignements à tirer des évaluations de la réponse du CIAS aux besoins des personnes âgées dépendantes et isolées.....	62
3.1.2.1. Les insuffisances et limites de l'offre de services du CIAS pour éviter les ruptures des parcours de vie et de santé.....	62
3.1.2.2. La persistance d'insuffisances dans le repérage des personnes en perte d'autonomie et dans la lutte contre l'isolement.....	64
3.2. Les préconisations d'améliorations de l'action du CIAS à destination des personnes dépendantes et isolées.....	65
3.2.1. La nécessité de conforter l'action existante du CIAS autour de deux axes majeurs.....	66
3.2.1.1. L'accentuation de la prévention des principales causes de rupture du parcours de vie et de santé.....	66
3.2.1.2. Le renforcement du soutien aux aidants et de la lutte contre l'isolement.....	67
3.2.2. L'opportunité d'ouvrir de nouvelles perspectives pour améliorer le parcours de vie et de santé des personnes âgées.....	68
3.2.2.1. Une proposition en attente d'un appel à projet ARS : la création d'une unité d'hébergement renforcée à l'EHPAD Les Champs Bleus.....	68
3.2.2.2. Les potentialités offertes par les technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé.....	69

4. ANALYSE REFLEXIVE DE LA MISSION.....	71
4.1- Mon stage à l’EHPAD « Les Champs Bleus » : une immersion dans la vie d’un établissement pour personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer	72
4.1.1- La découverte de la vie quotidienne de l’EHPAD.....	72
4.1.2- Une prise de conscience des enjeux de gestion de l’EHPAD à la faveur d’une participation à certaines instances	74
4.1.3. La prégnance d’un défi majeur : le retour à l’équilibre financier de l’EHPAD.....	75
4.2 - L’analyse du déroulement du stage et ma perception de stagiaire	78
4.2.1. L’intérêt des missions accomplies pour l’acquisition de connaissances professionnelles.....	78
4.2.2. Les opportunités et les limites d’un positionnement en tant que stagiaire.....	79
4.3. L’intérêt du stage au regard de ma projection dans le monde professionnel.....	81
4.3.1. Une première appréhension du métier de directeur d’EHPAD.....	81
4.3.2 L’opportunité de mûrir mon projet professionnel dans le domaine des politiques sociales et de santé.....	82
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	85
LISTE DES ANNEXES.....	90
NOTE D’OBSERVATION	113

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Grille Autonomie gérontologique- Groupe iso-ressources
AJ	Accueil de Jour
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAS	Centre-Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIAS	Centre Intercommunal d'action Sociale
CLIC	centre local d'information et de coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CODEM	Comité d'Observation de la Dépendance et de Médiation
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
CVS	Conseil de Vie Social
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personne Ag�e Dépendante
EMSP	Equipe Mobile Soins palliatifs
ESAME	Equipe Spécialisée Alzheimer du Meu
ESSME	Etablissement sanitaire et social et médico-social
GIR	Groupes Iso-Ressources
GMP	Groupe Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques

LRI	Lieu Ressources Intercommunal
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MONALISA	Mobilisation Nationale contre l'isolement des personnes âgées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PRS	Projet Régional de Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PTA	Plateforme territoriale d'appui
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SMASOR	Syndicat Mixte d'Action Sociale de l'Ouest de Rennes
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UC	Unité Confort
UGEO	Unité Gériatrique d'Évaluation et d'Orientation
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs
UVP	Unité de Vie Protégée

Introduction

« Lorsque la dépendance survient, elle ne nous frappe que rarement comme un coup de tonnerre. La perte d'autonomie est souvent un processus long, qui se déroule à travers des étapes successives, un processus marqué parfois par des ruptures brutales, mais un processus que l'on peut prévenir, anticiper, retarder, accompagner et même éviter ¹ ».

S'inscrivant en phase avec les travaux de recherche en sciences sociales sur le Grand âge², cette déclaration ministérielle témoigne de la volonté de soustraire la perte d'autonomie à une représentation négative de la vieillesse, bien que celle-ci demeure ancrée dans notre société. Il est désormais communément admis que la perte d'autonomie doit être pensée, non plus comme un état auquel seraient susceptibles d'être soumises les personnes âgées, notamment celles de plus de 75 ans, mais comme un processus itératif complexe entre des incapacités fonctionnelles et un environnement de vie.

Aussi est-ce une approche à la fois longitudinale et systémique de la perte d'autonomie, qui mérite d'être retenue pour cette étude consacrée à « L'action du Centre Intercommunal d'action Sociale (CIAS) à l'Ouest de Rennes sur le parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante et isolée ».

L'appréhension de ce sujet, qu'il m'a été permis de découvrir à l'occasion de mon stage de Master, suppose tout d'abord d'en cerner le sens et la portée au regard des enjeux sociaux et de santé publique.

C'est dans cette perspective que l'introduction vise à préciser les contours des notions clés de perte d'autonomie (1) et de parcours de vie et de santé (2) puis à confronter le champ des interventions du CIAS aux besoins des personnes âgées (3), en vue de dégager la problématique du sujet (4), la méthodologie à suivre (5) ainsi que le plan du mémoire(6).

¹ Bachelot (R.), Montchamp (M.-A.), « Préface » in *Synthèse du Débat national sur la dépendance*, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, juin 2011, p. 5.

² Lalive d'Epinay (Ch.), Spini (D.), « Le Grand âge : un domaine de recherche récent », *Gérontologie et Société* (n° 123), décembre 2007, pp. 31-54.

Gisèle HUTEAU

1 La maturation progressive d'une approche longitudinale et systémique de la perte d'autonomie

Même si elle demeure encore assortie d'une conception restrictive fondée sur une incapacité fonctionnelle, la notion de perte d'autonomie laisse désormais de plus en plus place à une prise en compte globale des besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées.

1.1 La persistance d'une conception restrictive de la perte d'autonomie

Alors même qu'une ambition nouvelle tend aujourd'hui à être impulsée à la politique de la vieillesse, la notion de perte d'autonomie fixée par la loi pour l'attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) relève toujours d'une conception restrictive : *« toute personne âgée [de 60 ans et plus]³ résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ; cette allocation définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui nonobstant les soins qu'elle sont susceptibles de recevoir ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière⁴»*. Substituant l'expression « perte d'autonomie » au terme de « dépendance » antérieurement posé avec la création de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997⁵, la loi du 20 juillet 2001 n'en fournit néanmoins aucune définition nouvelle bien qu'elle se rapporte pourtant à son objet. Elle se borne en effet à reprendre *« la définition déficitaire et incapacitaire de la dépendance donnée par la PSD et la confond à nouveau avec la perte d'autonomie fonctionnelle⁶»*. Il est significatif de constater que les pouvoirs publics emploient volontiers de façon interchangeable l'expression « perte d'autonomie » avec celle de « dépendance ».

³ Les personnes n'ayant pas atteint l'âge de 60 ans relèvent de la législation sur les personnes handicapées.

⁴ 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 à l'autonomie.

⁵ Loi 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.

⁶ Ennuyer (B.), « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et société*, (n° 145), juin 2013, p. 30.

Cette confusion sémantique procède du fait que cette notion est une catégorie issue du monde médical, qui s'est imposée dans le domaine de la vieillesse à partir des années 1980. La mesure objective de la perte d'autonomie repose d'ailleurs sur l'application d'une grille Autonomie gérontologique - Groupe iso-ressources (AGGIR)⁷ qui classe les demandeurs de l'APA en six groupes iso-ressources (GIR) en fonction de leur capacité à accomplir ou non les activités ou gestes de la vie courante.

En vertu de son rôle d'appui aux équipes médico-sociales en charge de l'évaluation des états de dépendance et de la construction des plans d'aide, la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA)⁸ élabore actuellement, avec les départements, un référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants.

Bien qu'elle renvoie à une vision trop réductrice de la perte d'autonomie, au point de la ramener à un statut social spécifique et disqualifiant⁹, la loi du 20 juillet 2001 n'en n'est pas moins emblématique de l'avènement d'une politique publique dans ce domaine. Jamais démentie par la suite, comme l'illustrent en particulier¹⁰ la loi portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale¹¹ ou celle instituant la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie, ainsi que de nombreux plans nationaux à destination des personnes âgées¹², cette nouvelle orientation de la politique de la vieillesse vient de connaître une impulsion significative avec la loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement¹³.

⁷ Grille AGGIR : voir annexe n° 1, p. 93.

⁸ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées ; L. n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adoption de la société au vieillissement.

⁹ Trépied (V.), « Solitude en EHPAD », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016, p. 93.

¹⁰ Il est également à noter d'autres textes législatifs qui, s'ils ne sont pas dédiés à la perte d'autonomie, comportent néanmoins des dispositions s'y rapportant. Tel est notamment le cas de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et plus récemment, ainsi que de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé.

¹¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : elle a permis une amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées hébergées en établissement, notamment en matière de soins.

¹² Ainsi, au cours de la période récente, la priorité du maintien à domicile a été affirmée dans tous les plans destinés aux personnes âgées dépendantes : « Vieillesse et solidarité » 2004-2006 ; « Solidarité grand âge » 2007-2012 ; plan « Alzheimer » 2008-2012 ; plan « Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ».

¹³ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

1.2 Le passage à une prise en compte globale des besoins des personnes en perte d'autonomie

A la différence des lois antérieures ayant trait à la dépendance des personnes âgées, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement traduit une approche globale de la situation du public concerné. « *Il ne s'agit plus de développer des dispositifs répondant aux besoins des personnes âgées dites dépendantes, mais de penser le vieillissement dans sa globalité, dans une logique d'anticipation et de prévention. La question des représentations de la vieillesse et de ses évolutions est dans ce sens essentielle, de même que celle de la barrière d'âge, 60 ans en France, qui marque le passage du handicap au vieillissement¹⁴* ».

Cependant, la prise de conscience de la nécessité d'une politique du vieillissement n'est pas nouvelle puisque dès 1962 le rapport « Vieillir solidaire », élaboré sous l'égide de Pierre Laroque¹⁵, avait mis en lumière les enjeux spécifiques que soulève l'avancée en âge de la population, et avait souligné l'importance des liens entre les personnes âgées dépendantes et leur environnement de vie.

Il a néanmoins fallu attendre plus d'un demi-siècle pour que soit adopté un cadre législatif à même d'apporter une réponse globale aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans la mesure où « *l'intensité de ce problème dépend clairement du nombre de personnes âgées¹⁶* », c'est seulement à partir de la seconde moitié des années 1980 qu'il a commencé à se poser avec insistance. Ainsi les classes d'âge les plus exposées aux incapacités fonctionnelles, aux pathologies chroniques et aux maladies dégénératives (par ex., maladie d'Alzheimer), en l'occurrence les 75 ans et plus¹⁷, sont celles qui ont connu et devraient encore connaître l'accroissement numérique le plus marqué.

Selon un scénario intermédiaire de l'INSEE, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie entendues au sens de l'APA, serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, et par 2 entre 2010 et 2060. Ainsi, en 2060, il y aurait 2,3 millions de personnes dans cette

¹⁴ Le Bihan (B.), « La politique en matière de dépendance en France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, (n° 145), juin 2013, p. 14.

¹⁵ Haut comité consultatif de la population et de la famille, politique de la vieillesse, *rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse*, La documentation française, 1962.

¹⁶ Martin (Cl.), « Vieillir autonome : un défi européen » in Martin (Cl.) (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, coll. « Res Publica », Presses universitaires de Rennes et éditions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2003, p. 14.

¹⁷ Calvet (L.), « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus » in *Comptes nationaux de la santé*, 2012.

situation contre 1,15 millions en 2015 et 1,55 millions quinze ans plus tard¹⁸ ; étant précisé qu'elles devraient être plus âgées, qu'elles seraient toujours largement de sexe féminin, et que la répartition entre dépendance lourde (GIR 1 et 2) et modérée (GIR 3 et 4) ne devrait guère évoluer. Il n'en demeure pas moins que la majorité des personnes âgées ne sont ou ne seront pas en perte d'autonomie : seules 17 % de celles ayant plus de 75 ans le sont, et 20 % des plus de 85 ans ; parmi les 95 ans et plus, les dépendants deviennent néanmoins majoritaires puisque leur taux s'élève à 63 %¹⁹.

C'est au regard de ce contexte socio-démographique qu'il convient d'appréhender l'apport et les limites de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. A l'instar de la loi du 11 février 2005, ce texte marque une nouvelle étape dans la prise en compte de la perte d'autonomie des personnes âgées. *« Il a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement »*. Cette approche longitudinale et systémique est désormais celle qui doit orienter la prise en charge sanitaire et sociale dans ce domaine.

En corollaire, la dynamique ainsi impulsée doit prendre en compte le parcours de vie et de santé de la personne âgée en perte d'autonomie.

2 La cohérence d'ensemble du parcours de vie et de santé pour répondre aux besoins globaux de la personne dépendante et isolée

« Raisonner en termes de parcours suppose aussi de penser la situation de chacun comme singulière, indépendamment des grandes catégories dans lesquelles s'inscrit la pathologie ou le handicap dont souffre la personne, car chacun vit différemment la situation en fonction de ses ressources économiques, de ses caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude ...), de son lieu de résidence, de sa trajectoire antérieure, ou encore du moment du cycle de vie. L'usage de la notion de parcours vient à l'appui d'une

¹⁸ Lecroart (A.), « Personnes âgées dépendantes : projection à l'horizon 2060 », *Solidarité-santé*, (n° 43), septembre 2013.

¹⁹ Debout (Cl.), « Caractéristiques socio-démographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de « l'APA », *Drees Etudes et résultats*, (n° 730), juin 2010, p. 4.

Gisèle HUTEAU

prise en compte globale de toutes les dimensions de la vie de la personne et non seulement de son état de santé²⁰ ».

Comme l'a souligné il y a quelques années la CNSA²¹, toute la difficulté d'une telle démarche consiste à apporter une réponse cohérente aux besoins pluriels des personnes en situation de perte d'autonomie.

Il s'avère en effet que différents évènements peuvent bouleverser la vie d'une personne âgée et la fragiliser : un veuvage ou un décès de proches, l'apparition ou l'aggravation d'une maladie, l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD), etc. *« Ces évènements sont générateurs de profonds bouleversements identitaires pour les personnes qui y sont confrontées et ils le seront d'autant plus qu'ils interviennent à une étape du parcours de vie où le cadre relationnel de celles-ci se transforme et où les opportunités d'engagement se restreignent²² ».* Aussi ce constat fait ressortir la nécessité de lutter contre l'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie, tout particulièrement celles de plus de 75 ans²³.

2.1 L'interdépendance du parcours de vie et de santé dans la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie

L'approche longitudinale et systémique de la perte d'autonomie revêt une acuité particulière pour les personnes concernées dans la mesure où leur parcours de vie est fortement influencé par l'évolution de leur état de santé et au-delà, par l'altération de leurs capacités physiques ou mentales. Loin d'être linéaires, les parcours des personnes en perte d'autonomie les conduisent à avoir recours au secteur social, au secteur sanitaire ou au secteur médico-social, de façon parfois simultanée, parfois successive et itérative. *Ainsi, « l'accompagnement sanitaire et l'accompagnement social se superposent, et plus encore : se commandent mutuellement²⁴ ».*

C'est pourquoi, à partir du moment où prime la volonté d'apporter une réponse à la fois globale et cohérente aux besoins des personnes âgées, le parcours de vie et le parcours

²⁰ Bloch (M.-A), Hénaut (L.), *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2014, p. 104.

²¹ CNSA, *rapport d'activité 2012*, chapitre prospectif : Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, 2012, p. 31 et s.

²² Campéon (A.), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulés Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016, p.15.

²³ Fondation de France, *rapport sur les solitudes*, 2014, p. 23 : 27 % des personnes âgées de plus de 75 ans seraient en situation d'isolement objectif contre 9 % en moyenne.

²⁴ Piveteau (D.), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », *Revue hospitalière de France*, (n° 544), janvier-février 2012.

de santé doivent être envisagés de façon indissociable. Pour autant, il ne saurait exister de solution globale, unique et identique pour toutes, en ce qui concerne la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Il en résulte que c'est à partir de la personne que doivent s'organiser les parcours, dans le cadre des territoires de vie et de santé. L'entrée pertinente dans le processus de prise en charge ne doit plus être déterminée par l'offre de services et d'établissements, mais doit résider dans l'analyse des besoins globaux de la personne en perte d'autonomie.

On constate d'ailleurs une convergence dans ce sens entre le parcours de vie auquel se réfère la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement et le parcours de santé que la loi de modernisation vise à promouvoir auprès des personnes âgées en perte d'autonomie²⁵.

Sans doute est-il dès lors envisageable, dans une conception de la santé entendue, au sens large de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁶, de se référer à une définition du parcours de vie qui soit à même d'englober celle de parcours de santé. Il s'agit d'ailleurs de l'optique retenue par la CNSA selon laquelle le parcours 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* »²⁷. Au surplus, la CNSA considère que l'expression « parcours de vie » est préférable aux termes de parcours de soins ou de parcours de santé :

- le parcours de soins correspond aux réponses de type sanitaire dont va bénéficier la personne à l'hôpital, en médecine de ville, ainsi qu'aux soins dispensés par les services et les établissements médico-sociaux ;
- le parcours de santé dans une signification plus large, incluant aussi la prévention et la promotion de la santé et tout ce qui relève du « prendre soin » et de l'aide à l'autonomie²⁸.

²⁵ Projet de rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 2015, p. 82 : « *La médecine de parcours assure une meilleure articulation entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et social dans la prise en charge d'une personne âgée. Il s'agit à la fois de lutter contre le renoncement aux soins et les ruptures de prise en charge ou d'observance thérapeutique et de favoriser des prises en charge optimales et coordonnées autour des besoins de la personne* ». Cette assertion reprend en réalité une orientation posée dans un avis du Haut conseil pour l'avenir, de l'assurance maladie en date du 22 mars 2012.

²⁶ « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946.

²⁷ CNSA, *rapport d'activité 2012*, Chapitre prospectif : Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, 2012, p. 32.

²⁸ Bloch (M.-A.), *Les parcours de soins, de santé et de vie* in MOOC Comprendre la santé publique et le système de santé, EHESP, 2015.

C'est en effet l'ensemble des dimensions de la situation des personnes âgées dépendantes qui doivent-être prises en compte dans la notion de parcours de vie, ce qui soulève une préoccupation essentielle, encore souvent mal appréhendée, celle de la réponse au problème de l'isolement social.

2.2- La nécessité de la prise en compte de l'isolement social dans le parcours de vie

Les situations d'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie sont celles de nature à être laissées de côté, de sorte qu'il s'agit « *d'un problème social très largement invisible²⁹* » dans la société d'aujourd'hui. Un évènement extérieur, la canicule du mois d'août 2003 et son cortège de décès de personnes âgées, notamment parmi celles vivant dans l'isolement social, a pourtant mis en évidence ce phénomène qui tend à s'accroître avec l'entrée dans la vieillesse.

Comprise au sens de l'isolement relationnel, cette notion correspond à « *l'impossibilité de pouvoir compter sur un entourage proche et il serait une source de mal-être chez les individus. Le processus d'avancée en âge signifie un amoindrissement inévitable des différents liens sociaux qui rattachent les personnes vieillissantes à la société. Le vieillissement s'accompagne d'une " désertification progressive des relations autour de la personne âgée avec le risque que celle-ci finisse par se retrouver seule ou isolée" (Campéon)³⁰ ».*

L'isolement relationnel ne saurait toutefois être confondu avec la solitude. C'est un phénomène mesurable, « *statistiquement observable³¹* », désignant une situation concrète alors que le mot « solitude » renvoie à un sentiment qui certes peut naître du fait de connaître une situation d'isolement, mais sans que cela soit forcément le cas. Ainsi une souffrance liée à la solitude peut-être ressentie par des personnes entourées de leur famille

²⁹ Argoud (D.), « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016, p. 29.

³⁰ Cité par Trépied (V.), « La détresse psychologique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : les ambivalences du lien de filiation » in Paugam (S.), *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2014.

³¹ Selon la Fondation de France (*les Solitudes en France*, rapports juillet 2012 et juillet 2014), l'isolement est évalué au regard des relations existantes au sein de cinq réseaux sociaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire (créé dans le cadre d'activités associatives ou de club) et territorial (voisinage). Les relations sociales extérieures au cinq réseaux retenus (aides à domicile, commerçants, médecins ...) ne sont également pas prises en compte. Afin d'obtenir une donnée mesurable, la Fondation de France a déterminé le nombre des relations à prendre en considération. Il s'avère que le seuil d'isolement est estimé à un peu moins de 5 le nombre de contacts moyens mensuels. (« Les solitudes en France », rapport juillet 2014).

ou se trouvant dans un EHPAD³². « *Autrement dit, si l'isolement social peut renvoyer à une mesure du nombre de contacts sociaux, l'usage du terme de la solitude désigne, tel qu'il est traditionnellement employé, le sentiment d'insatisfaction face à la qualité, prise au sens large de ces contacts*³³ ». Sachant que la solitude peut aussi ne pas être subie, mais résulter d'un choix volontaire de la personne âgée en perte d'autonomie.

Il n'est donc guère étonnant que la notion de solitude soit délicate à cerner, non seulement parce qu'elle est complexe mais aussi et surtout, parce qu'elle relève davantage d'un ressenti subjectif que d'une réalité objectivable.

Au regard de l'objet de notre étude, il s'agira moins, en tout état de cause, de parvenir à établir une distinction étanche entre l'isolement et la solitude que d'en appréhender les enjeux communs : « *l'isolement des personnes âgées, surtout lorsqu'il est subi, n'est pas seulement susceptible d'augmenter la mortalité ou la morbidité, il est aussi un facteur d'augmentation du risque d'hospitalisation, de perte d'autonomie, de diminution de la qualité de vie ou encore d'entrée en institution*³⁴ ». Envisagée de la sorte, la prise en compte de la perte d'autonomie répond à la fois à un enjeu de santé publique et de cohésion sociale.

Or, en dépit des nombreuses améliorations apportées à la situation des personnes âgées dépendantes depuis les vingt dernières années, les quelques enquêtes réalisées sur le thème de l'isolement relationnel montrent qu'elles restent largement touchées par ce phénomène. Ainsi celle menée par le collectif « Combattre la solitude des personnes âgées³⁵ » a révélé que la période de 79 à 83 ans correspondant à l'entrée effective dans la dépendance, coïncide de façon aigüe avec la problématique de l'isolement³⁶. Confirmé par une enquête plus récente du Centre de recherche pour l'Etude et l'Observation des conditions de vie (CREDOC)³⁷, ce constat a permis d'identifier les principaux facteurs de fragilité des personnes âgées, qui sont à l'origine de cette situation :

- l'avancée en âge étant précisé que les femmes sont davantage concernées que les hommes, compte tenu d'une plus grande longévité ;
- la perte d'un être cher, en particulier le décès du conjoint ;

³² CREDOC, « Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées, *Consommation et mode de vie*, (n° 245), novembre 2011.

³³ Campéon (A.), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016, p. 13.

³⁴ Campéon (A.), « Les mondes ordinaires de la précarité et de la solitude au grand âge », *Retraite et Société*, (n°70), 2015, p. 86.

³⁵ Bensadon (A.-C.) et collectif « Combattre la solitude », *Isolement et vie relationnelle des personnes âgées*, septembre 2006.

³⁶ Tableau récapitulatif isolement, voir annexe 2 p. 94.

³⁷ Loones (A.), David-Alberola (F.), Jauneau (P.), « La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures », *Cahier de recherches CREDOC* (n° 256), décembre 2008.

- les problèmes de santé, en particulier la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées ;
- le manque d'estime de soi ;
- le fait de ne pouvoir compter sur quelqu'un en cas de besoin ;
- l'éloignement familial ;
- le faible niveau de ressources ;
- l'impossibilité de pouvoir sortir de chez soi compte tenu d'une altération des capacités physiques ou psychiques.

C'est le cumul de plusieurs de ces facteurs qui concourt, comme l'ont relevé les auteurs du collectif « Combattre la solitude », à créer un état d'isolement pour les personnes âgées en perte d'autonomie ; étant précisé qu'il est plus ou moins réversible, selon son importance et les leviers mobilisables afin d'inverser cette situation.

Compte tenu de la nature des facteurs en cause, l'optimisation du parcours de vie et de santé de la personne âgée en perte d'autonomie passe par « *une attention accrue à la prévention et à l'anticipation des moments charnières, des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé, à l'agencement des différents accompagnements entre eux et à leur capacité à évoluer*³⁸ ». Autant d'exigences qui sont destinées à permettre une réponse globale aux besoins de la personne âgée dépendante et isolée, laquelle doit être dès lors placée au cœur du parcours.

S'inscrivant dans une double approche de prévention et d'accompagnement social de la perte d'autonomie, la réponse à un défi aussi complexe et ambitieux ne peut néanmoins reposer sur la seule application de lois, de textes réglementaires ou de plans nationaux bien qu'ils soient néanmoins indispensables pour fixer les orientations de la politique en ce domaine.

En matière de lutte contre l'isolement des personnes âgées, en effet, « *les instruments traditionnels des politiques publiques peinent à répondre aux besoins*³⁹ » comme l'indique un ancien conseiller ministériel, qui fut chargé de préparer le projet de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. Il complète son propos en déclarant que « *Les politiques gérontologiques s'appuient en particulier sur l'action des CCAS [Centres-communaux d'action sociale] dans le cadre communal de proximité et sur les réseaux d'aide à domicile. Ce sont des acteurs incontournables*⁴⁰ ».

³⁸ CNSA, *rapport d'activité 2012*, chapitre prospectif : Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, 2012, p. 33.

³⁹ Lautman (A.), « La lutte contre l'isolement social des personnes âgées », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016, p. 170.

⁴⁰ Lautman (A.), « La lutte contre l'isolement social des personnes âgées », *précité*.

Cette orientation est d'ailleurs celle que le CIAS à l'Ouest de Rennes a choisi de donner à sa politique sociale dans le champ de la vieillesse ; à telle enseigne qu'il a été amené à jouer au fil du temps un rôle de pionnier dans la prise en charge de la dépendance et de l'isolement des personnes âgées.

3 L'action territoriale du CIAS à l'Ouest de Rennes à destination des personnes âgées en perte d'autonomie

3.1- Une territorialisation de la politique du vieillissement à rapporter au contexte socio-démographique du CIAS

Même si elles procèdent tout d'abord d'orientations nationales fixées par l'Etat, les politiques sociales, comme celles à destination des personnes âgées, trouvent à s'enrichir par l'introduction d'une dimension territoriale. « *Parler de territoire n'est pas uniquement limiter la réflexion au choix de périmètres d'action ou d'observation, mais réfléchir au contenu des services qui doivent être définis et organisés à l'intérieur du territoire, et à la mobilisation des acteurs pour assurer le meilleur service rendu à la population concernée*⁴¹ ».

C'est dans cette logique générale que s'inscrit l'action territoriale du CIAS⁴² à l'Ouest de Rennes auquel incombe selon la loi la mise en place d'une action sociale facultative. Celle-ci recouvre un champ d'interventions qui est fonction de l'évaluation des besoins de la population, des marges de manœuvre dont le CIAS dispose, en particulier sur le plan budgétaire, ou encore, des partenariats qu'il noue avec d'autres collectivités publiques, des associations, etc.

Issu du regroupement de sept communes – Bréal-sous-Montfort, Chavagne, Cintré, Le Rheu, Mordelles (lieu du siège du CIAS), Saint-Gilles et Vezin le Coquet – le CIAS est constitué à partir d'un établissement public de coopération intercommunal, le syndicat mixte d'action sociale de l'Ouest de Rennes (SMASOR), qui en fixe les orientations politiques ainsi que les principes généraux de fonctionnement.

⁴¹ Benevise (J.-F.), Léger (A.-M.) et Moyen (H.), *Intervention sociale de proximité et territoires*, rapport IGAS n° 2005025, juillet 2005, p. 8.

⁴² Sur le cadre juridique de l'action des Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, voir Hardy(J.-P.), Lhuillier (J.-M.) et Thèvenet (A.), *L'aide sociale aujourd'hui*, ESF, 18eme édition, 2015, pp. 131-137.

Muni d'un territoire couvrant des communes de la première ou la deuxième couronne de la ville de Rennes, le CIAS est implanté dans un secteur péri-urbain et compte 35 000 habitants. Il s'agit d'un espace géographique doté de nombreuses voies de communication et d'un important maillage en moyens de transports collectifs (bus, car, TER). L'habitat y est constitué de zones pavillonnaires et d'immeubles collectifs dont la construction en masse a surtout commencé à partir des années 1970. Enfin, les communes adhérentes au CIAS se caractérisent par une vie associative dynamique.

Du point de vue des découpages administratifs, le territoire du CIAS est compris dans le territoire de santé n° 5 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne et relève du Comité d'observation de la dépendance et de médiation (CODEM) de « La Couronne Nord-Ouest » de Rennes, lequel a été institué par le Conseil départemental d'Ille et Vilaine en vue d'évaluer les besoins et d'associer les acteurs locaux à l'élaboration et au suivi du schéma départemental 2015-2019 en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

En dépit de l'installation de nombreux jeunes ménages dans les communes situées dans son territoire d'intervention, le CIAS à l'Ouest de Rennes va progressivement se trouver confronté avec acuité à un problème d'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes. D'ici 2030, leur effectif pourrait doubler au vu des projections établies par l'INSEE pour le CODEM « Couronne Nord-Ouest⁴³ » lesquelles révèlent pour celui-ci le taux de progression le plus élevé du département d'Ille et Vilaine.

Il s'agit néanmoins d'une évolution démographique ayant été anticipée depuis une dizaine d'année par le CIAS, période au cours de laquelle les élus, ont accordé une attention grandissante au problème du vieillissement de la population. Tout en comportant également un pôle « petite enfance » et un pôle « solidarités-emploi », le CIAS à l'Ouest de Rennes⁴⁴ se caractérise surtout par l'importance de son pôle « gérontologie et handicap⁴⁵ ». Mobilisant à lui seul les deux tiers du budget du centre⁴⁶ et employant 200 salariés, il comprend une offre multiforme de services et d'établissements en vue de répondre aux besoins sociaux et de santé des personnes âgées, lorsqu'elles se trouvent confrontées aux différentes étapes de la perte d'autonomie.

⁴³ INSEE Bretagne, « Personnes âgées dépendantes en Bretagne : une augmentation potentielle de 40 % à l'horizon 2030 », Octant Analyse, (n°35), novembre 2012, p. 5.

⁴⁴ <http://www.cias-ouest-rennes.fr/pole/gerontologie-handicap/presentation>

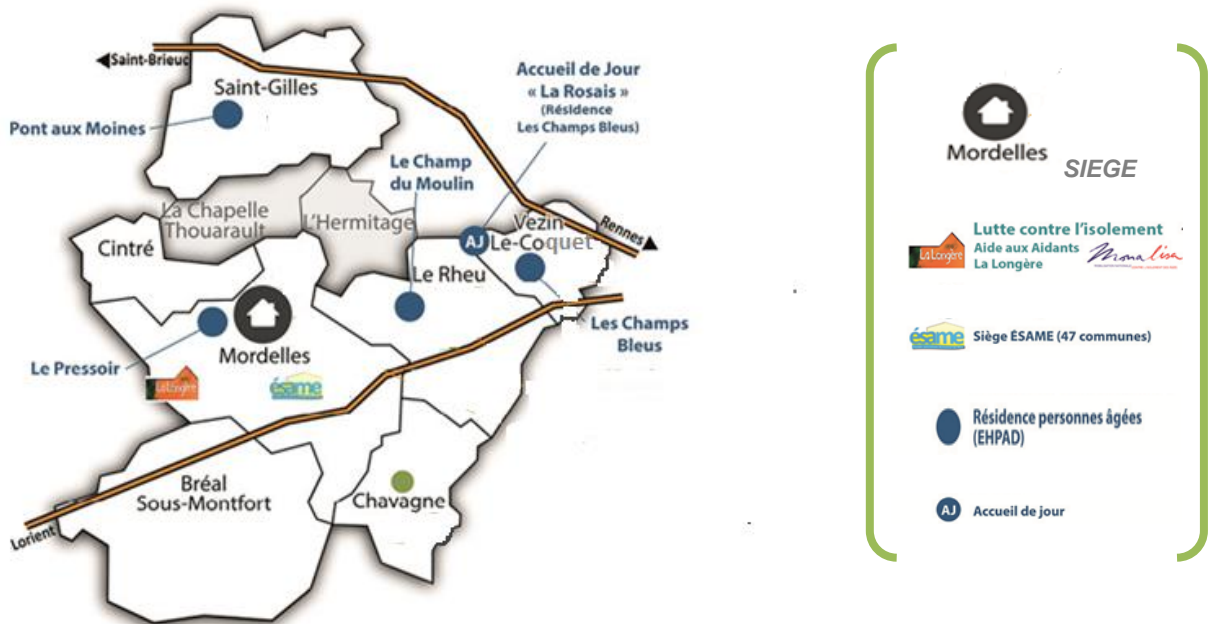
⁴⁵ Organigramme du Pôle « Gérontologique-Handicap » du CIAS à l'Ouest de Rennes, voir annexe n° 3 p. 95.

⁴⁶ Le budget annuel du CIAS est de 15 millions d'euros dont 10 millions pour le Pôle « gérontologie et handicap ».

3.2- Une recherche permanente de l'adaptation de l'offre de services et d'établissements aux services des personnes en perte d'autonomie

Même si elle revêt un caractère évolutif, l'action du CIAS vis-à-vis des personnes âgées en perte d'autonomie érige plus fondamentalement le maintien à domicile comme une priorité. A cet effet, elle s'appuie notamment sur un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) lequel regroupe un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Services et établissements du CIAS à l'Ouest de Rennes à destination des personnes âgées



Source : carte reconstituée à partir d'éléments cartographiques du rapport d'activité 2015 du CIAS

A partir du moment où les limites du maintien à domicile sont atteintes au regard de l'accroissement de la perte d'autonomie de la personne âgée, le pôle gérontologique du CIAS peut apporter une réponse aux personnes âgées sous la forme d'un hébergement dans un de ses quatre établissements lesquels comportent une offre de services graduelle pour tenir compte du degré de perte d'autonomie.

Plus encore, cette politique en faveur des personnes en perte d'autonomie s'est trouvée confortée par l'engagement du CIAS dans la démarche de mobilisation nationale contre

l'isolement des personnes âgées (MONALISA). L'implication du CIAS dans celle-ci l'a amené à recevoir en 2014 le premier prix de l'innovation sociale de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)⁴⁷.

Comme le souligne le rapport d'activité du CIAS pour l'année 2014, « *Ceci signifie que des passerelles existent bien entre les différents services. L'interface entre services et unités s'impose plus que jamais pour avoir une offre adaptée pour une prise en soins au sens large du terme, de la personne âgée et de son entourage immédiat*⁴⁸ ».

La palette étendue d'offre de services et de structures d'accueil mise en place sur le territoire d'intervention du CIAS permet ainsi la mise en œuvre de parcours de vie et santé à partir d'un point d'entrée unique : la personne âgée en perte d'autonomie.

4 – Problématique

A partir de l'analyse des parcours de vie et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie, et en s'intéressant à la fois aux déterminants médico-sociaux et aux interactions avec leurs entourages familiaux et les professionnels ou bénévoles impliqués, l'objet de la présente étude consiste à répondre à la question suivante : dans quelle mesure les services du CIAS et le recours à la démarche MONALISA, permettent-ils d'améliorer la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus qui sont dépendantes et isolées ?

5 – Méthodologie

Une première approche du sujet m'a amenée à prendre connaissance des principaux textes législatifs en rapport avec le domaine concerné. Il s'agissait de la sorte de pouvoir le replacer dans un cadre national propice à en éclairer les enjeux et par rapport à la politique de la vieillesse. Une telle démarche se justifiait d'autant mieux que l'adoption de deux lois récentes, celle du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement puis celle du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, invite de faire un lien entre le sujet traité dans ce mémoire et l'actualité ayant trait à la prévention et à

⁴⁷ Prix de l'innovation sociale, voir annexe n°4 : p. 96.

⁴⁸ CIAS à l'Ouest de Rennes, *rapport d'activité 2014*, Mordelles, 2015, p. 19.

l'accompagnement social de la perte d'autonomie. Au cours de cette phase liminaire, il m'a semblé intéressant, plus que l'examen analytique des textes en cause, de se reporter aux rapports parlementaires et aux études d'impacts qui les ont accompagnés.

Je me suis également imprégnée de la lecture d'un certain nombre de rapports sur la question, ainsi que d'articles relatifs à la sociologie du vieillissement, en particulier ceux de chercheurs reconnus dans le champ de la perte d'autonomie.

Bien entendu, le champ géographique de cette étude m'a conduite à me référer à des documents établis dans le cadre de la planification de l'offre médico-sociale ou sanitaire comme le schéma départemental 2015-2019 en faveur de l'autonomie des personnes âgées, ou encore, à des documents compris dans le projet régional de santé (PRS).

S'agissant d'une étude relative au CIAS à l'Ouest de Rennes, plus précisément à son pôle « Gérontologie », il m'a été indispensable d'observer non seulement le fonctionnement de l'EHPAD des Champs Bleus auquel j'étais rattachée comme stagiaire, mais aussi les autres établissements et services à destination des personnes âgées, en particulier le service du maintien à domicile. A la faveur de cette démarche, j'ai pu ainsi mieux cerner le rôle que joue chacun d'eux au service du parcours de vie et de santé ainsi que leurs articulations respectives pour optimiser la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Un tel terrain d'observation m'a mis également en mesure d'identifier les ruptures éventuelles de prise en charge. En dehors de nombreuses discussions informelles avec des publics très divers (agents, résidents, bénévoles, responsable d'association en lien avec MONALISA ...), cette immersion dans les différentes structures du CIAS, fut une occasion privilégiée d'avoir accès à la réalité quotidienne des résidents et de saisir au plus près le cadre des interactions entre ceux-ci et les personnels. Elle m'a aussi permis, non seulement de participer à des réunions de travail et à des instances importantes tel que le Conseil de Vie Sociale (CVS), mais aussi de collecter une documentation professionnelle utile pour l'élaboration et la rédaction du mémoire.

Enfin, la méthodologie retenue s'est appuyée sur l'exploitation d'une trentaine d'entretiens semi-directifs⁴⁹ qui ont été conduit auprès d'un large panel d'interlocuteurs⁵⁰. L'intérêt de cette démarche était de veiller à faire varier leur profil, notamment de croiser les regards des personnes interviewées travaillant au CIAS et des personnes extérieures au CIAS.

Les entretiens ont duré de 30 minutes à 1 heure et pour certains, l'enregistrement a été autorisé par l'interviewé et a été retranscrit. De façon générale, l'entretien débutait par une question globale en vue de collecter auprès des intéressés leur point de vue sur l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur parcours de vie et

⁴⁹ Grille d'entretien générale, voir annexe n° 5 p. 97 à 99.

⁵⁰ Liste des personnes interviewées, voir annexe n° 6 p. 100 à 101.

de santé, avant d'aborder des thèmes plus spécifiques, en fonction du profil des personnes concernées.

Concernant plus particulièrement les personnes âgées, les entretiens ont permis d'obtenir par la parole des informations auxquelles il m'aurait été difficile d'accéder seulement par des observations. Le panel de personnes interviewées a été constitué de façon à diversifier les états de santé et les profils socio-culturels des intéressés. Ces personnes semblaient heureuses de participer à cette étude, de voir que je m'intéressais non seulement à leur parcours de vie et de santé, mais aussi à l'isolement auquel elles sont souvent confrontées. Certains de leurs propos seront repris via des *verbatim*, en respectant les règles de confidentialité applicables.

6 - Annonce de plan

Sans aucun doute l'élaboration de ce rapport ne peut-elle être déconnectée du déroulé de la mission elle-même. C'est ainsi que j'ai tout d'abord été amenée à envisager le parcours de vie et de santé de la personne âgée en perte d'autonomie, puis le champ de ma mission s'est spécialisé en vue de prendre en compte l'engagement du pôle « Gériatrie » du CIAS dans la lutte contre l'isolement, tout particulièrement à travers la dynamique MONALISA.

En conséquence, le présent document reprend ces deux volets dans autant de parties successives en vue de satisfaire à un souci de clarté. L'une et l'autre de ces parties sont néanmoins articulées pour être mises en cohérence avec une vision globale du parcours de vie et de santé. C'est en vertu de cette conception unitaire du parcours que la troisième partie s'attachera à dégager des préconisations transversales en vue d'en améliorer encore la fluidité. Une quatrième partie sera consacrée quant à elle, à l'analyse réflexive du stage.

Première partie

1- L'action transversale du CIAS en faveur du parcours de vie et de santé des personnes âgées dépendantes

Afin de faire face au vieillissement démographique, l'action du CIAS à l'Ouest de Rennes en faveur du parcours de vie et de santé des personnes âgées ne cesse de se développer et de se diversifier, tout en portant une attention accrue à celles de plus en plus nombreuses qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer⁵¹ ou d'une maladie apparentée.

Il s'agit d'une orientation déjà bien ancrée dans la politique du CIAS, sans qu'elle n'ait pour autant la visée de parvenir à la modélisation d'un parcours-type qui serait en quelque sorte le parcours de vie et de santé « idéal ». Un parcours ne peut évidemment être linéaire et est jalonné d'étapes successives en fonction de l'évolution de la perte d'autonomie. De plus, même si elle peut être influencée par des facteurs extérieurs à l'être humain, la construction du parcours de vie et de santé de la personne dépendante doit se faire avec le consentement éclairé de l'intéressé. Mais encore faut-il qu'il soit en mesure, le cas échéant avec l'aide d'un tiers, d'appréhender les enjeux des choix qui lui sont soumis, alors même que les parcours de vie et de santé s'inscrivent dans une organisation guère lisible, compte tenu de la pluralité d'intervenants du champ sanitaire et social.

Constitué au fil du temps par des adjonctions de nouveaux services, avec toujours une même préoccupation de complémentarité entre ses différentes composantes⁵² (services de maintien à domicile, établissements d'hébergement), le pôle "gérontologie" du CIAS est aujourd'hui en capacité d'offrir une réponse graduée aux besoins sociaux et de santé aux personnes âgées dépendantes (1.1.).

⁵¹ 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer en France et ce nombre devrait augmenter de 60 % d'ici 2040. Sur ce point, voir Bérard (A), Gervès (C), Fontaine (R.), Aquino (J.-P.), Phisson (M.), « Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? », Rapport d'étude, Fondation Médéric Alzheimer, sept. 2015, (n°9), p. 3.

⁵² Selon l'interview de Mr Jacques Thomas, Directeur général du CIAS à l'Ouest de Rennes, le 8 juillet 2016.

Il n'en demeure pas moins que l'action propre du CIAS dans la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie est intrinsèquement assortie de limites, n'ayant pas vocation à proposer une filière gériatrique⁵³.

C'est pourquoi, au-delà de l'action qu'il déploie à partir de ses structures, le CIAS s'inscrit dans une politique de partenariat active avec de nombreux autres acteurs du champ social, sanitaire et médico-social, qu'ils soient implantés sur son territoire ou en dehors, en vue de garantir la continuité du parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante. (1.2.).

1.1- Une prise en compte des besoins des personnes âgées en corrélation avec les différentes étapes de la perte d'autonomie

Sans aucun doute l'offre de services du CIAS est-elle en phase avec l'aspiration des personnes âgées dépendantes à pouvoir continuer à vivre à domicile et à y recevoir des soins (1.1.1.). Or s'il s'agit d'une orientation prioritaire du parcours de vie et de santé, l'aggravation de la perte d'autonomie, en particulier celle due à la maladie d'Alzheimer, conduit le plus souvent à admettre la personne âgée dans un des quatre EHPAD du CIAS en fonction de son degré de dépendance (1.1.2.). Afin d'éviter une partition hermétique entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement, le CIAS a également mis en place des dispositifs innovants qui constituent autant de passerelles entre les deux secteurs en vue de fluidifier le parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante (1.1.3.).

1.1.1- L'orientation prioritaire du parcours de vie et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie : le maintien à domicile

L'inscription dans une dynamique de parcours de vie et de santé suppose en premier lieu d'en déterminer le point d'entrée, c'est-à-dire celui en vertu duquel il acquiert sa pleine signification. Il s'agit en l'occurrence de la personne en perte d'autonomie sachant qu'elle est à appréhender au prisme de ses besoins globaux et de ses attentes, voire de celles de ses proches familiaux.

Ainsi que le confirment de nombreuses enquêtes, la plupart des personnes âgées en perte d'autonomie, y compris celles atteintes de troubles cognitifs souhaitent vivre le plus

⁵³ Schéma de la filière gérontologique, voir annexe n° 7 p. 102.

longtemps possible à leur domicile, ce qui s'avère d'ailleurs le cas, pour une grande majorité d'entre elles, excepté pour celles dont les états de dépendance sont les plus lourds (GIR1 ou GIR2). L'action du CIAS à l'Ouest de Rennes vis-à-vis de la prise en charge à domicile des personnes en perte d'autonomie, fait d'ailleurs écho aux orientations nationales de la politique de la vieillesse⁵⁴, lesquelles correspondent au triple objectif de :

- permettre à la personne de conserver ses repères de vie habituels et de rester insérée dans son environnement familial et social ;
- éviter ou retarder un hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou une hospitalisation ;
- prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie.

Or, s'il apparaît pertinent du point de vue de la construction du parcours de vie et de santé, le choix de privilégier le maintien à domicile n'en demeure pas moins assorti de limites qui tiennent non seulement à l'état de santé de la personne elle-même, mais aussi à son environnement de proximité. Il est dès lors permis de se demander à quel moment le maintien à domicile n'est plus souhaitable, et en vertu de quels critères identifiables.

D'une portée cruciale au regard de la détermination d'un parcours, la réponse à cette question nécessite d'apprécier l'apport des services de maintien à domicile du CIAS à l'Ouest de Rennes dans la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie (1.1.1.1.). Cette approche appelle inéluctablement une confrontation avec le rôle des aidants de la personne âgée lorsqu'il s'agit de mettre en évidence les limites du maintien à domicile (1.1.1.2.).

1.1.1.1. Les interventions des services de maintien à domicile

Selon le projet institutionnel du CIAS à l'Ouest de Rennes, lequel repose sur la recherche d'une complémentarité entre les composantes de son pôle gérontologique, les services du maintien à domicile entrent en synergie entre eux afin d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge.

Il existe tout d'abord deux services du CIAS qui sont les piliers de l'action en faveur du maintien à domicile :

- *le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)* : il assure à environ 600 personnes des prestations de services ménagers (ménage du logement, lavage et

⁵⁴ Objectif numéro 3 du plan Alzheimer 2008-2012, mesure 6 et 7 : « Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile »

Gisèle HUTEAU

repassage de linge, ...) et a également pour mission d'aider la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne (habillage, toilette, repas ...) ainsi que dans les activités de la vie sociale (accompagnement dans les activités de loisirs, aide dans la gestion des démarches administratives). Il s'appuie sur une équipe d'aides ménagères et d'auxiliaires de vie sociale.

Il suffit pour en bénéficier que la personne âgée soit en perte d'autonomie permanente ou momentanée. L'admission au SAAD est néanmoins précédée d'une visite au domicile de celle-ci pour en évaluer les besoins et constituer un plan d'aide individuel, qui est lui-même repris dans le contrat d'intervention à signer entre les deux parties.

- *le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)* : il comporte 58 places et assure des prestations de soins, à l'exclusion des interventions plus complexes relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD)⁵⁵ ou de l'équipe spécialisée Alzheimer du Meu. Il permet également de dispenser des soins d'hygiène, des conseils de prévention ainsi qu'un soutien relationnel et psychologique. Il s'agit ainsi d'un type de service qui a une triple vocation : éviter l'hospitalisation notamment lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée au domicile ; de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation ; et enfin, de prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements médico-sociaux.

⁵⁵ L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation sans hébergement relevant d'un établissement de santé. Elle permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. L'équipe de la HAD comprend : une équipe de coordination (médecin coordonnateur, cadre de santé), une équipe de soins (infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététicienne), une équipe psycho-sociale (psychologue, assistante sociale). Le médecin traitant doit être associé au traitement du patient.

Exemple de cas d'intervention du SSIAD pour éviter une hospitalisation

« Mme E vit en couple. Elle est connue pour refus de prise en charge de ses troubles cognitifs. Le SSIAD intervient depuis plus d'un an avec une dégradation progressive de son état de santé (passage 3 fois / sem., 1 an plus tôt, puis augmentation des passages à 2 fois par jour actuellement). Depuis quelques jours, elle est alitée et présente des problèmes cutanés malgré le matériel mis en place au domicile. Le SPASAD [structure de coordination du SSIAD et du SAAD] se met d'accord pour augmenter et coordonner nos passages pour effectuer des changements de position plus fréquents en journée. En quelques jours et avec les soins infirmiers, l'état cutané s'améliore et Mme E évite ainsi une hospitalisation ».

Apports :

- respect du choix de la famille qui était contre une hospitalisation
- non recours à une hospitalisation plus coûteuse pour la collectivité

Interview de : V. Coignac, infirmière de liaison du SSIAD, entretien du 27 juin 2016.

L'accès de la personne âgée dépendante au SSIAD se fait sur demande du médecin traitant ou du médecin hospitalier. Surtout, la procédure d'admission comporte une phase décisive au regard du parcours : l'évaluation globale des besoins de la personne en perte d'autonomie. C'est à partir de celle-ci, en effet, que l'infirmière de liaison du SSIAD est en mesure d'élaborer un projet d'aide, d'accompagnement et de soins de la personne concernée.

Exemple de cas d'intervention du SSIAD pour faciliter le retour en domicile

« A la suite d'une sollicitation de l'hôpital, concernant le retour à domicile de Mme R ayant été victime d'une fracture du col du fémur, il y a eu une visite conjointe avec l'ergothérapeute, patiente et famille, afin de caler les interventions du SSIAD et du SAAD et aménager le domicile afin de faciliter les déplacements de cette personne ».

Apports :

- visite conjointe des services pour faciliter la coordination : avantage d'un même niveau d'information et d'un échange en direct sur l'organisation ;
- patiente présente et sollicitée dans la réflexion

Interview de : V. Coignac, infirmière de liaison du SSIAD, entretien du 27 juin 2016

Le SAAD et le SSIAD sont coordonnés depuis 2011 au sein d'une instance commune de pilotage, le service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ce qui permet de

Gisèle HUTEAU

dépasser une organisation en « silo » au bénéfice du parcours de vie et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie. L'objectif est de permettre une continuité de l'accompagnement grâce à des outils communs autour de l'aide et du soin à domicile quelles que soient les étapes du parcours. Il devient possible d'établir une coordination des horaires d'intervention entre les services pour un meilleur passage de relais, ou encore, de réajuster dans un délai rapide les prises en charge en fonction des besoins. En sus des deux unités précitées, le SPASAD comprend un service de portage des repas à domicile et un service de téléalarme. Comme le souligne le directeur des services à domicile du CIAS à l'Ouest de Rennes, « Avec le SPASAD, il y a un vrai projet autour du maintien à domicile ⁵⁶ ». Ce propos se trouve encore conforté avec l'ouverture par le CIAS en décembre 2013 d'un lieu ressources intercommunal (LRI) appelé « La Longère » dont les activités sont destinées aux personnes isolées et à leurs proches aidants.

1.1.1.2. Les limites du maintien à domicile

Si la plupart des intervenants professionnels comme des aidants familiaux, s'accordent pour considérer qu'il y a des limites au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, ils ne sont pas pour autant en mesure d'en donner une définition vraiment construite. Cette notion de limite fait référence à des systèmes de représentation qui sont surtout ceux des acteurs de proximité du maintien à domicile. Ils reposent sur une approche empirique de la situation de la personne âgée et sont largement déterminés par les contraintes et les moyens à mettre en œuvre.

On observe d'ailleurs que parmi les professionnels (médecins, infirmières coordonnatrices, auxiliaires de vie sociale ...), nombre d'entre eux soulignent le fait que la question de la décision de la fin du maintien à domicile est délicate à trancher. Sa résolution soulève en effet des considérations d'ordres divers : environnement de vie, ressources, interrogations éthique, etc.

En dépit des incertitudes inhérentes à la notion de limite elle-même, les limites du maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes, c'est à dire celles relevant des GIR1 et 2 de la grille AGGIR sont généralement identifiées de la même manière par les professionnels : elles sont tout d'abord liées à une altération importante de l'état de santé de la personne âgée et à l'incapacité de l'aidant de poursuivre ou d'accroître son

⁵⁶ Rio (J.-M.), « Un nouveau directeur au service d'aide à domicile du CIAS », Ouest-France, édition de Mordelles, 20 sept 2015. <http://www.ouest-france.fr/bretagne/mordelles-35310/un-nouveau-directeur-au-service-daide-domicile-du-cias-3701097>

soutien, même si d'autres facteurs sont également pris en compte tels l'inadaptation du logement ou l'isolement géographique.

S'agissant des limites inhérentes aux personnes âgées en perte d'autonomie, le maintien à domicile ne devient plus tenable lorsque leur propre sécurité se trouve mise en péril, en particulier s'il n'y a pas d'aidants en permanence. Parmi les risques encourus, sont principalement citées les chutes répétées et la dénutrition. Il peut en résulter une première hospitalisation qui est souvent l'élément déclencheur pour la personne âgée ou ses proches familiaux, d'une prise de conscience de la nécessité de rechercher une solution alternative au maintien à domicile.

Exemple de cas d'intervention du SSIAD pour la sécurité de la personne âgée

« Mme Y a un grand âge -101ans-, elle vit seule à son domicile, avec des troubles cognitifs. Elle déambule dans son logement jour et nuit. La prise de risque du maintien à domicile est évaluée à plusieurs reprises mais Mme Y refuse toujours l'entrée en institution. Le SAAD intervient sur le temps des repas mais Mme Y refuse de manger lors des passages d'aide à domicile, ou alors seulement, en très petite quantité. Les intervenants la retrouvent de plus en plus fréquemment au sol du fait de chutes sans gravité. Mme Y est dans l'incapacité d'alerter pour obtenir du secours. Elle refuse les soins de nursing. Le médecin est alerté et constate la nécessité d'une hospitalisation. Le maintien à domicile n'est plus envisageable ».

Apport :

- Mme Y aura une surveillance plus adaptée à son état de santé et de perte d'autonomie.

Interview de : V. Coignac, infirmière de liaison du SSIAD, entretien du 27 juin 2016.

Dans le prolongement de ce type de situation, une autre question se trouve inéluctablement soulevée, celle des limites du repérage des risques d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées. Afin d'aider les intervenants du maintien à domicile, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) vient de publier des recommandations de bonnes pratiques⁵⁷.

Une telle démarche est d'ores et déjà préfigurée par les intervenants du SPASAD du CIAS à l'Ouest de Rennes. Ils souhaitent en effet pouvoir réagir dès que les premiers

⁵⁷ ANESM, Recommandations pour le repérage de la perte d'autonomie à domicile, juin 2016, disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr

signaux d'alerte montrent que l'état de la personne âgée s'aggrave. Ces signaux consistent notamment en :

- une perte brutale des capacités cognitives ;
- des troubles du comportement importants : agressivité envers l'aidant, fugue diurne et/ou nocturne ... ;
- une pathologie chronique avec des décompensations fréquentes.

En se référant au primo-repérage effectué par les professionnels du maintien à domicile, il s'agit dans un second temps d'organiser la venue à domicile d'un intervenant susceptible de faire une première évaluation et d'adresser, le cas échéant, le patient à un spécialiste. L'intérêt de cette évaluation à domicile est de créer un lien avec la personne âgée et d'instaurer une relation de confiance pour poser, le cas échéant, les jalons d'un suivi plus poussé : « *La réalisation d'une évaluation géronto-psychiatrique standardisée est alors à même de correspondre au besoin de la personne âgée, dès lors qu'elle s'accompagne par la suite de la mise en place d'une réponse adaptée par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire* ⁵⁸ ».

Même si ce primo-repérage de l'aggravation de la perte d'autonomie constitue un apport pour le parcours de vie et de santé de la personne âgée, il n'en révèle pas moins une limite substantielle : un certain nombre de personnes âgées dépendantes ne sont pas bénéficiaires du SPASAD (SAAD, SSIAD, service de portage de repas, service de télé-alarme). L'importance de ces « invisibles » qui restent donc inconnus pour le CIAS, renvoie au rôle clé des aidants familiaux dans la continuité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes⁵⁹.

Il en résulte une autre limite au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : l'indisponibilité de l'entourage familial en raison de l'éloignement géographique ou de l'activité professionnelle, ou encore de l'épuisement des aidants, en particulier lorsqu'il s'agit de l'aidant familial unique tel le conjoint d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Or, il n'est guère envisageable de pallier l'absence d'aidants familiaux par un recours massif aux aidants professionnels, ne serait-ce que parce que les services du SPASAD n'auraient pas la capacité matérielle de répondre à une telle demande. De plus, dans le cas d'une personne dépendante classée en GIR1, l'allocation personnalisée à l'autonomie ne permet le financement d'une aide à domicile qu'à hauteur d'un plafond d'une centaine

⁵⁸ Interview du Dr S., Rodriguez, médecin généraliste et médecin coordonnateur d'un établissement pour personnes âgées autre que ceux de l'EHPAD à l'Ouest de Rennes, le 21 mai 2016.

⁵⁹ SOULLIER (N.), avec la participation de WEBER (A.), « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », (n°771), *Drees Etudes et résultats*, août 2011.

d'heures, tout dépassement restant à la charge exclusive de l'intéressé, ce qui en rend l'hypothèse hautement improbable.

La seule possibilité offerte par le CIAS à l'Ouest de Rennes pour suppléer un aidant à domicile consiste dans le baluchonnage. Cette formule reste néanmoins peu utilisée compte tenu de son coût élevé (17,66 € brut de l'heure). Elle repose sur un principe simple selon lequel l'aidant familial est remplacé par un aidant professionnel au domicile de la personne âgée en perte d'autonomie pour une durée maximale de 7 jours consécutifs.

Dans ces différents cas de figure, l'orientation de la personne âgée en perte d'autonomie vers un accueil en EHPAD s'avère être la solution. Mais encore faut-il qu'elle consente à s'engager dans une nouvelle étape de son parcours de vie et de santé.

Exemple de situation d'une fin de vie à domicile

« Mme X a toujours émis le refus d'entrer en établissement par manque de moyen et le souhait de rester à son domicile. Lorsque son état de santé s'est dégradé très rapidement, le SPASAD a coordonné ses passages avec les infirmières afin de garantir une fin de vie au domicile. Le service d'hospitalisation à domicile ne pouvant intervenir aussi vite. Mme X n'a pas été hospitalisée et est décédée à son domicile selon son souhait ».

Apport :

- respect du choix de vie et de fin de vie

Interview de : V. Coignac, infirmière de liaison du SSIAD, entretien du 27 juin 2016.

1.1.2- La voie subsidiaire du placement en hébergement : la graduation de la réponse en fonction à la perte d'autonomie

L'entrée en EHPAD d'une personne âgée en perte d'autonomie constitue le plus souvent un événement douloureux pour elle et ses proches familiaux. Il s'agit certes d'une décision qui appartient *in fine* à la personne elle-même, mais quelle peut-être la valeur réelle de son consentement lorsqu'elle est atteinte de troubles cognitifs ou de la maladie d'Alzheimer, et lorsque la perte d'autonomie rend impossible son maintien à domicile. L'institutionnalisation apparaît alors comme la seule solution possible pour la personne âgée et sa famille, sachant que c'est souvent son dernier lieu de vie.

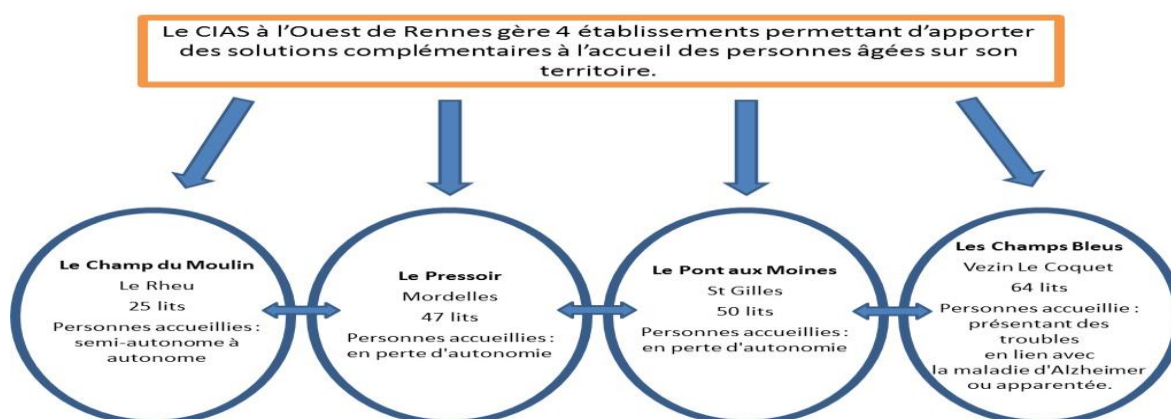
Si cette étape du parcours de vie est rarement souhaitée, elle est souvent redoutée. Selon la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale, l'offre de services médico-

sociale correspondante permet certes d'inscrire la personne âgée en perte d'autonomie dans un parcours de vie et de santé cohérent et adapté à la personne âgée et à ses besoins. Mais à partir du moment où elle quitte son domicile pour aller en établissement, il peut y avoir la crainte que l'institutionnalisation aboutisse à un effacement de sa propre individualité face aux exigences de la vie en collectivité, et qu'elle en soit déstabilisée dans ses habitudes de vie, voire affectée dans son état de santé. Or, tel n'est pas le cas dans les EHPAD du CIAS à l'Ouest de Rennes dans la mesure où leurs organisations respectives reconnaissent une place centrale au parcours de vie et de santé du résident.

L'orientation de la personne âgée vers l'un ou l'autre des quatre EHPAD se fait en fonction à la fois de la perte d'autonomie de l'intéressé et de la vocation assignée à chacun des établissements (1.1.2.1.). Une fois franchie cette étape, chaque EHPAD développe des actions de prévention et d'accompagnement social de la perte d'autonomie comme l'illustrent les projets de vie et de santé qu'ils mettent en place, ainsi que les contrats de séjour et les plans d'action personnalisés de chacun des résidents (1.1.2.2.).

1.1.2.1. La complémentarité de l'offre de services des EHPAD

Caractérisée par sa complémentarité, comme l'est également celle des services à domicile, l'offre du CIAS en matière d'hébergement permanent⁶⁰ de personnes en perte d'autonomie se répartit entre quatre établissements qui sont eux-mêmes regroupés en 2 EHPAD.



Source : rapport : évaluation externe 10 et 11 juin 2014

⁶⁰ L'accueil de jour et l'hébergement temporaire mis en place au sein des EHPAD du CIAS à l'Ouest de Rennes seront présentés dans le point 1.1.3.

-L'EHPAD 1 constitué de 3 établissements localisés sur autant de sites géographiques :

-Le *Champ du Moulin* situé sur la commune du Rheu : il comprend 25 places qui sont de plus en plus souvent destinées à accueillir des personnes semi-autonomes, qui nécessitent une assistance légère à moyenne pour effectuer les activités quotidiennes : préparation et suivi des médicaments, aide ponctuelle à la toilette ... (GMP : 355)⁶¹ ;

-Le *Pressoir* situé sur la commune de Mordelles : il comprend 46 places à destination de personnes âgées dépendantes, voire très dépendantes nécessitant des soins lourds (GMP : 711,39)⁶² ;

-Le *Pont aux Moines* situé sur la commune de Saint-Gilles : il comprend 50 places pour personnes âgées dépendantes, voire très dépendantes, nécessitant des soins lourds (GMP : 737,8)⁶³.

-L'EHPAD 2 dit *EHPAD Les Champs Bleus* : ouvert en 2011 et implanté sur la commune de Vezin le Coquet, il comprend 60 places d'hébergement permanent à destination de personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : elles arrivent à des stades plus ou moins avancés de la maladie, depuis un stade modéré jusqu'au stade terminal et de la fin de vie.

L'action de l'EHPAD des Champs Bleus vis-à-vis du parcours de vie et de santé des personnes concernées consiste à prendre en compte l'évolution de leurs besoins tant sur le plan physique que psychique. Il s'agit ainsi d'apporter aux intéressés une réponse globale et graduelle qui soit adaptée à chaque stade de la maladie. A cet effet, l'établissement comporte deux secteurs à vocations différentes mais complémentaires :

- *les Unités de Vie Protégées (UVP)* : elles sont au nombre de deux et accueillent chacune 12 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer en majorité (60 %) ou d'une maladie apparentée, mais encore relativement autonomes (GMP 585,83)⁶⁴ ;
- *les Unités Confort (UC)* : elles sont au nombre de deux et accueillent chacune 20 personnes. Elles visent à proposer une prise en soins adaptée à l'aggravation des pathologies démentielles. Ainsi, elles sont occupées par des personnes âgées en grande perte d'autonomie tant physique que psychique (GMP 827,29)⁶⁵ nécessitant des soins importants et une surveillance continue. Il est également prévu un accompagnement de fin de vie et des soins palliatifs.

⁶¹ Rapport d'activité CIAS 2015, pôle gérontologie et handicap, EHPAD1, p. 49.

⁶² *ibidem*

⁶³ *ibidem*

⁶⁴ Rapport d'activité CIAS 2015, pôle gérontologie et handicap, EHPAD 2, p. 57.

⁶⁵ *Ibidem*.

L'EHPAD 1 et l'EHPAD 2 accomplissent leurs missions en se référant aux conventions tripartites qui les lient⁶⁶ à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et au Conseil Départemental. Les objectifs ainsi négociés et conclus orientent le projet de vie de chacun des établissements autour de trois axes – le projet de soins, le projet de vie sociale et d'animation et le projet hôtelier, ils sont élaborés à partir des projets individualisés, c'est-à-dire des souhaits, des besoins et des capacités des résidents.

1.1.2.2. L'entrée en établissement et le projet de vie du résident

La phase d'admission constitue un temps fort non seulement pour la personne âgée en perte d'autonomie, mais aussi pour son entourage dans la mesure où elle conditionne la suite de son parcours de vie et de santé.

S'agissant de l'admission dans les EHPAD du CIAS à l'Ouest de Rennes, une priorité est donnée aux personnes qui sont domiciliées dans l'une des sept communes adhérentes, ou désirant un rapprochement familial. Le critère de l'antériorité de l'inscription est également pris en compte eu égard à l'existence d'une liste d'attente d'une centaine de dossiers du fait d'un faible *turn over* parmi les résidents⁶⁷.

Une commission d'hébergement constituée de membres du Conseil d'administration du CIAS, de la directrice générale des EHPAD, des responsables d'établissements, du médecin coordonnateur ainsi que du directeur des services à domicile, examinent la liste d'attente tous les mois et donne un avis sur les futures admissions. Ainsi que l'indique la directrice générale des EHPAD du CIAS « *La décision est prise lors d'une commission mensuelle, en fonction de différents critères : le degré d'autonomie, le niveau de besoins en soins, les problématiques particulières, le diagnostic médical ...Mais on essaie évidemment, dans la mesure du possible, de répondre aux souhaits de la personne ou de la famille et d'apporter la réponse la plus pertinente sur l'un de nos établissements* »⁶⁸. Il s'agit d'une commission commune à l'ensemble des établissements du CIAS et aux services du maintien à domicile, ce qui concourt à une meilleure orientation ou réorientation de la personne âgée en fonction de ses besoins.

Une visite de l'établissement d'accueil préalable à l'entrée est systématiquement organisée. Outre une présentation des services, elle permet une rencontre entre la

⁶⁶ Pour l'EHPAD 1, une nouvelle convention tripartite est en cours de signature. Pour l'EHPAD 2, une convention a été renouvelée 31 décembre 2009, à effet au 1ier janvier 2010 (avenant à la convention EHPAD 2 le 18 décembre 2012).

⁶⁷ Sur la durée moyenne de séjour dans les différents EHPAD du CIAS, se reporter au tableau détaillé de l'annexe n°8, p. 103.

⁶⁸ Briand (Y.), « interview de la Directrice générale des EHPAD », *Le Vezinois* N°51, 2015, p. 9. disponible sur www.ville-vezinlecoquet.fr

directrice de l'EHPAD, la personne âgée en perte d'autonomie et ses proches, en vue d'expliquer le projet d'établissement (droits et libertés, directives anticipées ...) et de recueillir les souhaits de ces derniers à la fois en matière de mode de vie et de suivi médical, en particulier par un médecin traitant. Ce peut être également l'occasion d'évoquer le choix d'une personne de confiance⁶⁹. Cette première visite de l'EHPAD d'accueil est le plus souvent précédée d'une visite au domicile de la personne ou le cas échéant, à l'hôpital, par le médecin coordonnateur, une infirmière coordonnatrice ou la directrice des EHPAD, en vue de vérifier l'adéquation de l'état de santé de la personne à la structure d'accueil pressentie, ainsi que son consentement à s'y rendre.

Exemple d'admission d'une personne en EHPAD

Mr V est en hébergement temporaire à l'EHPAD de Montauban. Il souhaite revenir sur Mordelles. Cependant le certificat médical fait part de troubles du comportement. La directrice de site de l'EHPAD concerné du CIAS doit prendre contact avec l'établissement de Montauban de Bretagne pour organiser une visite et faire un point sur la demande et vérifier l'adéquation des besoins de Mme V avec la réponse apportée à l'EHPAD, en particulier en vue d'améliorer la prise en charge de ses troubles cognitifs.

Source : commission d'hébergement du 05 avril 2016

Conclu pour valider l'admission dans l'établissement, le contrat de séjour est l'occasion de préciser avec le résident, ou son représentant légal, les objectifs de la prise en charge, la description des conditions de séjour et d'accueil, la participation financière ainsi que la liste des prestations offertes (logement, restauration, surveillance ...). Surtout, il s'accompagne de l'élaboration du projet individualisé de la personne en perte d'autonomie, lequel est revisité périodiquement pour tenir compte de l'évolution de ses besoins et de ses attentes, ainsi que de celles de sa famille, s'il y a lieu. Il s'agit d'une démarche qui peut trouver appui sur les référentiels établis par l'Agence nationale de

⁶⁹ La loi du 4 mars 2002 a institué le principe de désignation d'une personne de confiance afin de préserver et garantir les droits des personnes malades, et de les aider dans leurs prises de décisions. L'article L 111-6 du Code de santé publique précise que toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (un parent, un proche, le médecin traitant...) qui pourra être consulté au cas où elle-même ne pourrait exprimer sa volonté. 31 mars 2016.

l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANSEM)⁷⁰.

Comme le rappelle l'ANESM, le choix des mots est important. Or, plus qu'un accompagnement individualisé, ainsi que le mentionnent pourtant les contrats de séjour des établissements du CIAS à l'Ouest de Rennes, c'est un accompagnement personnalisé de la personne en perte d'autonomie qui est ainsi mis en œuvre. Il est d'ailleurs question dans la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale, de soins personnalisés, donc de la prise en compte de chaque personne dans toute son humanité et sa spécificité, ce qui va au-delà de l'individualité « *L'âge et la vulnérabilité ne sont pas des motifs pour priver la personne de son consentement et de lui imposer de n'être plus qu'un individu lambda. Maintenir et favoriser une capacité de choix réel renvoie à la dignité de la personne humaine et à sa liberté. Les valeurs déclinées et mises en œuvre dans l'établissement sont ici essentielles*⁷¹ ». Elles revêtent leur pleine signification à partir du moment où ce sont les besoins globaux et les attentes de la personne âgée en perte d'autonomie qui façonnent son parcours de vie et de santé.

Au-delà de leur rôle de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes accueillies à titre permanent, les EHPAD du CIAS à l'Ouest de Rennes s'inscrivent dans un chantier plus vaste aux côtés du SPASAD : l'institution de passerelles entre le maintien à domicile, l'hébergement en établissement médico-social ou en établissement de santé.

1.1.3 La mise en place de réponses intermédiaires entre les formules de maintien à domicile ou d'hébergement en établissement

Compte tenu de la longueur des listes d'attente pour l'entrée en établissement et de l'aggravation de l'état de dépendance des demandeurs, le CIAS à l'Ouest de Rennes a entrepris une démarche visant à offrir une nouvelle offre de services intermédiaires entre les formules classiques de l'aide au maintien à domicile ou de l'hébergement en établissement médico-social. Il s'agit ainsi d'éviter des ruptures de prise en charge, voire aussi de fluidifier le parcours de santé et d'autonomie de la personne âgée dépendante, en vue d'éviter un passage brutal du domicile à l'EHPAD ou à l'hôpital.

⁷⁰ ANESM, Référentiels de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *disponible sur* www.anesm.sante.gouv.fr

⁷¹ Thomas (Ph.), Hazif-Thomas (C.), Thomas (S.), « La qualité de l'accueil en EHPAD à une personne âgée », *la Revue de gériatrie*, Tome 40 (n° 7), 2015 ; p. 422.

Les orientations retenues par le CIAS relèvent d'une démarche plutôt ciblée sur les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Elle consiste d'une part, en un renforcement du soutien à domicile au moyen d'une équipe de soins gériatriques spécialisée Alzheimer (1.1.3.1.) et d'autre part, dans le développement en EHPAD de modes d'accueils temporaires alternatifs à l'hébergement permanent traditionnel (1.1.3.2.).

1.1.3.1. Le renforcement du soutien à domicile au moyen de l'équipe spécialisée Alzheimer du Meu (ESAME)

Instituée à compter de 2011 dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012⁷², l'ESAME est certes rattachée pour sa gestion au SPASAD du CIAS à l'Ouest de Rennes mais elle n'en constitue pas un service exclusif au sens du SAAD ou SSIAD puisqu'il procède d'un partenariat avec les Centres Hospitalier de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-grand ; de sorte qu'il couvre également ces deux cantons en sus des communes du CIAS.

Vouée à renforcer le soutien à domicile des personnes dont le diagnostic est établi à un stade léger ou modéré, l'ESAME intervient sur prescription médicale. Elle met en œuvre un projet de soins qui est élaboré en fonction de la situation de la personne (début de la maladie, temps de crise ...) en tenant compte de la présence ou non d'un aidant. Ce projet se rapporte au maintien des performances dans les activités de la vie quotidienne ainsi qu'à la sollicitation des fonctions cognitives et/ou sensori-motrices.

L'ESAME comprend 10 places et une file active de 30 patients, ce qui représente environ 1 à 2 séances par semaines pour chacun d'eux (durée de séance : 1heure) et la durée de la prise en charge est de 3 mois au maximum (12 à 15 séances renouvelables tous les ans).

1.1.3.2. L'accueil de jour thérapeutique et l'hébergement temporaire.

Créé en 2010⁷³, le premier d'une capacité de 10 places est intégré à l'EHPAD « Les Champs Bleus ». L'accueil de jour est destiné aux personnes âgées présentant un syndrome « Alzheimer » ou apparenté, et ayant conservé des capacités motrices pour

⁷² La mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la « mise en place d'une prise en charge adaptée à domicile, afin de permettre à la personne malade de continuer à vivre à son domicile si elle le désire ». Le plan prévoit donc la possibilité pour les SSIAD de constituer une équipe de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ergothérapeute et/ou psychomotricien assistés par des assistants de soins en gérontologie).

⁷³ Les places existantes au foyer-logement « Le Clos Perrigault » ont été transférées à la résidence « Les Champs Bleus » le 3 janvier 2011 après renouvellement de la convention tripartite le 31 décembre 2009, à effet au 1^{er} janvier 2010.

leur permettre de rester le plus longtemps à leur domicile. L'admission dans ce service est précédée d'une visite au domicile du demandeur et d'un entretien avec l'infirmière coordonnatrice. « *L'infirmière coordonnatrice va voir la personne âgée avec un membre de sa famille. Elle explique l'accueil de jour, ce que l'on y fait et pourquoi, et effectue une demande selon le besoin. Ensuite, lorsqu'il y a une place, elle les appelle et un soignant sera référent pour mieux le connaître la personne âgée, savoir ce qu'elle aime faire* ⁷⁴ ». Il devient alors possible d'élaborer un projet de prise en soin individualisé dont la finalité est de ralentir le processus démentiel.

Ce dispositif offre également l'avantage de préparer la personne âgée en perte d'autonomie, comme ses proches familiaux, à une éventuelle entrée dans une unité de vie protégée de l'EHPAD des Champs Bleus. « *Sur 6 personnes sorties, 5 sont en hébergement définitif et 1 en temporaire* »⁷⁵. Il en est d'ailleurs de même de l'hébergement temporaire (4 places à l'EHPAD les Champs Bleus, 1 place à l'EHPAD Le Pressoir à Mordelles). D'une durée maximale de 90 jours, cette formule est destinée aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis.

1.2- Un engagement dans une politique de partenariat en vue d'optimiser la prévention et l'accompagnement social de la perte d'autonomie

La prise en compte des besoins globaux des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'elles soient atteintes ou non de troubles psychiques, invite à se référer à une approche transversale du parcours de vie et de santé. Celle-ci repose à la fois sur le repérage des premiers signes de la perte d'autonomie, sur le diagnostic des besoins sociaux et de santé ainsi que sur le suivi coordonné de l'accompagnement de la personne.

C'est précisément dans ce sens que tend à s'inscrire l'action du CIAS à l'Ouest de Rennes, en nouant des relations étroites, avec d'autres acteurs du secteur gérontologique (1.2.1.). Le CIAS est également partie prenante dans un processus d'intégration de l'ensemble des acteurs et institutions œuvrant dans le domaine de la perte d'autonomie en vue de rendre leurs offres de services facilement identifiables (1.2.2.).

⁷⁴ Entretien avec B. CHAPON., infirmière coordonnatrice en charge de l'accueil de jour à l'EHPAD des Champs Bleus, 22 mars 2016.

⁷⁵ Bilan de l'accueil de jour, 2015.

1.2.1- L'instauration de partenariats entre le CIAS et d'autres acteurs de la filière gérontologique

L'optimisation de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie impose de pouvoir en assurer la continuité du parcours de vie et de santé entre le domicile, l'EHPAD, et le cas échéant, l'hôpital. Cette exigence s'accompagne de la nécessité d'instaurer des liens fonctionnels entre tous les acteurs et institutions  ouvrant dans le champ gérontologique d'un territoire.

Or, à partir du moment où elle est basée sur le volontariat, la coopération entre eux peut s'avérer complexe à mettre en œuvre, compte tenu non seulement d'une segmentation persistante entre le secteur de la médecine de ville, le secteur médico-social et le secteur hospitalier, mais aussi de logiques d'intervention qui leurs sont propres.

Afin de surmonter ce défi, le CIAS à l'Ouest de Rennes mène une politique de partenariat, tant avec les médecins libéraux exerçant leur activité dans les communes de son ressort (1.2.1.1.), qu'avec des institutions de santé dont le champ d'intervention s'étend au-delà des communes de son territoire (1.2.1.2).

1.2.1.1. Le partenariat entre le CIAS et les médecins libéraux

Couvrant un territoire d'une superficie relativement restreinte, où exercent seulement 36 médecins généralistes lib raux⁷⁶, le CIAS est tout à fait en mesure d'entrer en relation avec chacun d'entre eux, d'autant plus que le maillage géographique du SPASAD ainsi que les implantations des EHPAD dans les principales communes (Mordelles, Le Rheu, Saint-Gilles et Vezin-le-Coquet) favorisent une relation de proximité. Celle-ci constitue un contexte favorable pour conduire un partenariat entre les deux parties en vue d'améliorer la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Plus concrètement, le médecin traitant est en mesure de jouer un « rôle d'aiguillage » s'agissant du parcours de santé et de vie de la personne âgée. Il occupe en effet une place stratégique qui lui permet d'en observer les besoins et de l'orienter vers les services du CIAS ou vers d'autres structures. A l'inverse, l'infirmière coordonnatrice du SPASAD, qui est chargée de faire une primo-évaluation de la perte d'autonomie, peut contacter le médecin traitant sur la situation d'une personne âgée ayant manifesté des signes d'alerte,

⁷⁶ Annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/ consulté le 25 août 2016.

afin que celui-ci l'amène le cas échéant, à accepter l'idée de consulter un gériatre ou encore un psycho-gériatre, ou encore, de se rendre à une consultation mémoire.

Par ailleurs, le médecin coordonnateur en fonction dans les EHPAD du CIAS a également pour mission d'établir une relation suivie avec les médecins de ville intervenant en établissement. Selon les textes législatifs et réglementaires relatifs à ses missions⁷⁷, *« l'existence d'un médecin compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il élabore le projet de soins s'intégrant dans le projet de l'établissement et évalue sa mise en œuvre. Il donne un avis sur les admissions des personnes en demande d'hébergement, évalue et valide l'état de dépendance des résidents. Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et à l'adaptation des prescriptions de médicaments. Enfin, il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux »*.

S'agissant de ces derniers, ils disposent certes d'une indépendance fonctionnelle vis-à-vis du médecin coordonnateur des EHPAD en vertu des dispositions du Code de la santé publique, mais doivent néanmoins, engager un travail de concertation avec lui, en vue de l'application des bonnes pratiques professionnelles et participer au projet d'établissement. D'ailleurs, la relation partenariale entre le médecin libéral et l'EHPAD devrait en principe donner lieu à l'établissement d'un contrat fixant les droits et obligations respectives de chacune des parties, mais cette obligation n'est pas effective dans les EHPAD du CIAS de l'Ouest de Rennes.

Ce mode partenarial se trouve conforté depuis 2011⁷⁸ avec la mise en place dans les EHPAD d'une commission de coordination gériatrique à laquelle participent l'ensemble des professionnels salariés et libéraux amenés à intervenir au sein de chaque EHPAD. Le départ du médecin coordonnateur en 2015 est néanmoins venu remettre en cause le fonctionnement effectif de cette commission. Jusqu'alors *« deux médecins y participaient, c'étaient mes deux prescripteurs principaux qui avaient à eux deux, les trois quarts des résidents, plus tous les kinésithérapeutes et le pharmacien. Mais cette configuration est rare...Cela dépend du médecin coordonnateur (est-il confraternel, respecté ? etc...) et aussi du nombre de médecins traitants (s'il y a au total 50 intervenants comme sur les établissements de Rennes, c'est peine perdue) ou encore tout simplement de l'horaire de rencontre, d'ailleurs un défraiement est devenu quasi obligatoire, ce que je n'ai jamais fait »*⁷⁹.

⁷⁷ Articles D. 312-156 et s. du Code de l'action sociale et des familles

⁷⁸ Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011.

⁷⁹ Docteur Jouatel (L.), médecin gériatre, médecin coordonnateur du CIAS de l'Ouest de Rennes jusqu'en 2015.

Si elle se manifeste en amont de l'entrée en EHPAD ou en cours du séjour, l'action du CIAS de l'Ouest de Rennes en faveur du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, trouve aussi une expression en aval des structures soumises à sa gestion. Elle est notamment conduite à articuler son offre de services avec celle de composantes de la filière gériatrique hospitalière.

1.2.1.2. L'articulation entre l'offre de services du CIAS et la filière gériatrique hospitalière

Il n'entre aucunement dans la vocation d'un CIAS de mettre en place une filière gériatrique puisque celle-ci doit reposer sur un établissement hospitalier support disposant à la fois d'un service de court séjour gériatrique, d'une équipe mobile gériatrique et d'un service d'urgence. Pour autant, les services de maintien à domicile et les EHPAD d'un CIAS comme celui de l'Ouest de Rennes, peuvent choisir de collaborer avec d'autres entités, pour aller dans le sens de la mise en place d'un réseau plus vaste, en l'occurrence une filière gérontologique.⁸⁰

Selon la conception retenue par l'Agence régionale de santé de Bretagne, une filière gériatrique hospitalière à vocation à s'étendre aux établissements médico-sociaux et même au-delà, en vue d'améliorer la transversalité du parcours de santé –ville-hôpital-établissement. L'hébergement en EHPAD des personnes âgées en perte d'autonomie, vise ainsi à éviter une partie des situations d'hospitalisation ou de réhospitalisation. Il s'agit ainsi de renforcer « *la dynamique de collaboration entre les acteurs d'un même territoire de manière à garantir aux personnes âgées des parcours appropriés à leurs besoins*⁸¹ ». Or, force est de constater que cette démarche ne fait que commencer à devenir effective dans le territoire 5 du Projet Régional de Santé 2012-2016.

Même s'il ne trouve pas encore place dans une filière gérontologique vouée à améliorer les parcours de soins et de vie pour les personnes de 75 ans et plus, le CIAS à l'Ouest de Rennes contribue néanmoins à une action plus modeste dans le même sens, à travers la conclusion d'une quinzaine de conventions et de partenariats actuellement en vigueur avec des institutions de santé situées en dehors de son territoire. Sont notamment à citer :

⁸⁰ ARS Bretagne, *Projet régional de santé 2012-2016. Les prises en charge transversales au SROS et au SROMS*, p. 172.

⁸¹ ARS Bretagne, « Parcours des personnes âgées : la formalisation des filières gériatriques hospitalières est en marche », communiqué de presse, 12 février 2015.

Gisèle HUTEAU

- la convention de partenariat avec les centres hospitaliers de Montfort-sur-Meu et Saint-Meen-le-Grand pour le fonctionnement de l'équipe spécialisée Alzheimer du Meu ;
- la convention avec le Centre Hospitalier Gériatrique de Chantepie⁸², notamment pour l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie et les soins palliatifs. Cette convention concerne aussi le secteur du domicile ;
- la convention avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier pour l'EHPAD des Champs Bleus, notamment pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques afin de promouvoir une approche globale de leur santé ;
- la convention avec l'Hôpital à domicile 35 : (HAD 35) : lorsque l'EHPAD n'est pas en mesure de pouvoir répondre aux besoins en soins d'un résident, il peut, afin d'éviter une hospitalisation complète, faire appel sur prescription du médecin traitant à la HAD 35.

Sans aucun doute, l'organisation du parcours de vie et de santé recèle-t-elle une complexité qui soulève un problème de lisibilité, non seulement pour les personnes âgées, mais aussi pour leurs proches, voire pour les acteurs professionnels eux-mêmes. Tel est particulièrement le cas lorsque le parcours est envisagé dans sa transversalité, compte tenu des clivages entre le secteur social, le secteur médico-social et le secteur hospitalier. Or, en fonction de la situation de la personne âgée en perte d'autonomie, la mise en œuvre du parcours de vie et de santé doit aboutir à ce qu'elle se trouve au « bon endroit » au « bon moment » afin d'obtenir la meilleure prise en charge de ses besoins.

1.2.2- La participation du CIAS aux dispositifs de coordination et d'intégration au service du parcours de vie et de santé de la personne âgée

Il existe à côté des services et établissements du CIAS à l'Ouest de Rennes de nombreux autres acteurs et institutions qui interfèrent sur le parcours de vie et de santé des personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'ensuit que les intéressés peinent à se repérer dans des dispositifs complexes, cloisonnés et pas forcément articulés entre eux ; d'autant plus que les prises en charges financières de la sécurité sociale et de l'aide sociale sont largement diversifiées. Selon les témoignages recueillis, les questions soulevées tournent

⁸² Le centre hospitalier gériatrique de Chantepie propose une filière gériatrique complète pour la personne âgée : services de médecine, soins de suite et de réadaptation polyvalents et spécialisés, unité de soins de longue durée (USLD), et établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il est également doté d'une plateforme gériatrique d'évaluation et d'orientation (UGEO), d'un hôpital de jour médecine et un hôpital de jour SSR locomoteur et neurologique, une unité de soins palliatifs (USP) et d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

principalement autour de quatre grandes thématiques : « *Qui va suivre la personne âgée ? Quelles sont les aides sociales à domicile ou en établissement ? Quelles sont les services à domicile et établissements adaptés à ses besoins ? En quoi consiste l'accompagnement sanitaire et social de la perte d'autonomie ?* ».

De leur côté, s'ils sont davantage familiarisés avec ce paysage institutionnel, les médecins peuvent se trouver confrontés à des parcours complexes de personnes âgées pour lesquels ils ne sont pas forcément en mesure d'identifier les réponses possibles. Toutefois la création des plate-formes territoriales d'appui (PTA), non encore effective en Ille et Vilaine⁸³ en vertu de la loi de modernisation du système de santé devrait apporter de ce point de vue une aide significative aux médecins dès que leur mise en œuvre sera effective. Pour autant, en dépit de l'intérêt qu'il revêt pour l'élaboration du parcours de vie et de santé de la personne âgée en perte d'autonomie, notamment pour celles atteintes de troubles psychiques⁸⁴, ce dispositif d'appui demeure étranger au champ d'action du CIAS.

En revanche, le CIAS à l'Ouest de Rennes adhère à deux organisations interinstitutionnelles dont la sollicitation apporte une réelle plus-value au parcours de vie et de santé des personnes âgées, par une prise en charge plus fluide et plus adaptée de la globalité de leurs besoins sanitaires et sociaux. Il s'agit, d'une part, des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) de Noroît, et accessoirement, de Brocéliande pour la seule commune de Bréal-sous-Montfort (1.2.2.1.) et d'autre part, mais dans une moindre mesure pour le CIAS, du dispositif de « Méthodes d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ⁸⁵ » (MAIA) dont le porteur est l'inter clic du Pays de Rennes (1.2.2.2).

1.2.2.1. L'association du CIAS au CLIC Noroît afin de promouvoir la coordination organisationnelle de la prise en charge de la perte d'autonomie

« *Le CLIC : un service de proximité* ». Tel est le message mis en exergue dès la première page du *flyer* de présentation du CLIC Noroît dont le territoire d'intervention couvre non

⁸³ Docteur Jouatel (L.), médecin gériatre : « *La plate-forme territoriale d'appui n'est pas encore visible à ce jour, c'est trop tôt* » (information recueillie le 2 septembre 2016).

⁸⁴ Ce dispositif constitue une opportunité d'améliorer le repérage des troubles psychiques chez la personne âgée et d'organiser une chaîne de responsabilités partagées dans la détermination du diagnostic, en particulier au domicile. En effet, la plateforme territoriale d'appui rend possible la mise en œuvre d'un parcours personnalisé de santé en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes. De plus, elle répond à la nécessité de développer une approche territorialisée par la mise en œuvre d'un dispositif territorial adapté aux réalités locales.

⁸⁵ *Cahiers pédagogiques de la CNSA*, octobre 2014.

seulement les communes du CIAS à l'Ouest de Rennes mais s'étend également à celles comprises dans le CODEM de la couronne rennaise Nord-Ouest.

Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute et d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches concernant l'offre de services (sociaux, médico-sociaux et de santé) auxquels elles peuvent avoir recours en fonction de leurs besoins. Comme l'indique le coordonnateur du CLIC Noroît « *La plupart des aidants ou aidantes, car ce sont souvent des femmes appellent en précisant qu'ils souhaitent juste un renseignement sur les résidences pour personnes âgées. En réalité, ils appellent souvent beaucoup trop tardivement (...). Quand je les rencontre, c'est bien souvent parce qu'ils ont atteint leur limite et arrivent en situation de rupture, d'épuisement*⁸⁶ ». Ainsi, la majorité des personnes orientées avec le CLIC ont un âge moyen compris entre 75 et 85 ans.⁸⁷

Outre le fait qu'il soit un guichet d'accueil de proximité, auquel le CIAS à l'Ouest de Rennes contribue à raison d'une permanence par mois, le CLIC Noroît est d'autant plus un interlocuteur privilégié de celui-ci qu'il présente la caractéristique d'être labellisé niveau 3. Non seulement, il exerce une mission d'information et de conseil (CLIC de niveau 1) et évalue les besoins de la personne âgée afin de bâtir son plan d'aide personnalisé (CLIC de niveau 2), mais il a aussi pour rôle d'en coordonner la mise en œuvre par une mise en réseau des professionnels de santé, des services d'accompagnement à domicile ou encore des acteurs de l'habitat. Ce plan s'apparente à un projet de vie qui intègre la prévention de la perte d'autonomie comme une donnée essentielle du « Bien vieillir ».

Dans le prolongement de son activité, le CLIC Noroît, aux côtés des trois autres CLIC rennais, est porteur du dispositif MAIA du pays de Rennes lequel sollicite le concours des services du CIAS à l'Ouest de Rennes pour la construction du parcours de vie et de santé des personnes en perte d'autonomie.

1.2.2.2. Le renversement de la logique de la MAIA par rapport au CLIC : le passage d'une coordination à une intégration organisationnelle.

A l'instar des autres structures du même type, la MAIA à vocation à prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie et en particulier, celles présentant une situation complexe. Comme son appellation « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » le suggère, elle désigne un processus

⁸⁶ Lenormand (Ph.), « Trois questions à Philippe Lenormand, coordonnateur du CLIC Noroît », *le Guide des aînés*, Mairie du Rheu, février 2012, p. 20.

⁸⁷ D'après la moyenne des années 2013, 2014 et 2015 : en 2015, 82 femmes et 43 hommes ont fait l'objet d'une mutation par le CLIC Noroît.

d'intégration de l'ensemble des organisations des secteurs social, médico-social et sanitaire qui participent à la couverture des besoins globaux des personnes âgées en perte d'autonomie. Son activité est en fait la traduction d'une « *méthodologie d'organisation, l'intégration étant conçue comme la continuité de l'offre de services. Il s'agit d'améliorer la lisibilité de l'offre, de simplifier les parcours de vie à domicile et de construire une expertise partagée* ⁸⁸ ». Elle n'a vocation à améliorer la lisibilité et la cohérence entre tous les services pour toutes les personnes âgées.

Pierre angulaire du dispositif MAIA, la notion d'intégration se définit plus fondamentalement comme « *un ensemble de techniques et de modèles d'organisation, conçus pour créer de l'alignement et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs du soins et de l'aide ; au niveau des finances, de l'administration et de la délivrance des aides et soins.* ⁸⁹ ».

De façon corrélative, cette démarche aboutit à inverser le schéma classique du parcours de vie et de santé, en vertu duquel c'est à la personne âgée en perte d'autonomie ou à ses aidants, de connaître l'offre de services, et de savoir à quelles portes aller frapper pour répondre à ses besoins. Selon la démarche MAIA, ce sont cette fois, les acteurs et les institutions de la prise en charge de la dépendance, sur un territoire donné, en l'occurrence le pays de Rennes, qui définissent ensemble une procédure d'intervention harmonisée en vue de garantir la continuité du parcours de la personne âgée en fonction de l'évolution de ses besoins.

A l'instar des autres partenaires du dispositif MAIA, le CIAS à l'Ouest de Rennes peut ainsi saisir le service de gestion de cas de la MAIA de la situation d'une personne âgée en perte d'autonomie⁹⁰. Il s'agit ainsi d'évaluer les besoins de la personne dont la situation est jugée complexe, d'élaborer avec elle et ses aidants un plan d'aide et être son interlocuteur privilégié pour assurer le lien avec les différents acteurs intervenant dans sa prise en charge et ainsi, garantir la continuité du parcours de vie et de santé de l'intéressé. Pour l'exercice de cette activité de gestion de cas, le SPASAD du CIAS à l'Ouest de Rennes et la MAIA du pays de Rennes entretiennent une coopération étroite qui peut aussi s'élargir à la lutte contre l'isolement social.

⁸⁸ Entretien pilote MAIA du Pays de Rennes le 28 avril 2016.

⁸⁹ KODNER (D.), *International Journal of Integrated Care*, 2000, cité par M-A-Bloch, in «Parcours et coordination, 1ère partie, Support de cours du Master2 PPASP, 4 sept. 2015.

⁹⁰ Procédure du service de la gestion de cas, voir annexe n° 9, p. 104.

Deuxième partie

2- L'engagement du CIAS dans la dynamique MONALISA pour lutter contre l'isolement des personnes âgées dépendantes

Envisager la notion de projet de vie invite certes à envisager la prise en charge des besoins sociaux et de santé de l'être humain. Mais, s'agissant des personnes âgées, s'en tenir à cette seule approche reviendrait à occulter le problème de l'isolement social alors même que c'est un facteur majeur de l'accélération de la perte d'autonomie. Or, le vieillissement s'accompagne d'une altération du lien social⁹¹ de l'individu sous l'effet de l'amointrissement de son réseau relationnel, ne laissant plus subsister pour l'essentiel, que le lien familial lorsqu'il existe.

Afin de tenter de répondre à ce phénomène dont l'acuité est également constatée sur son territoire⁹², le CIAS à l'Ouest de Rennes a fortement investi le champ de la lutte contre l'isolement social des personnes âgées dépendantes. Jamais démenti, ce choix politique⁹³ s'est traduit par la mise en place de dispositifs innovants, qui concernent tout d'abord le secteur du maintien à domicile⁹⁴ mais aussi celui de l'hébergement en établissement. Surtout, il ne s'agit pas de mesures détachées des autres volets de l'action du CIAS, car elles sont vouées à s'intégrer au parcours de vie et de santé des intéressés, en prenant en considération leur environnement de vie et l'aide de leurs proches.

Même s'il s'estompe face aux dispositifs de lutte contre l'isolement en vigueur dans les EHPAD (2.2.), l'engagement du CIAS à l'Ouest de Rennes dans la Mobilisation nationale contre l'isolement des âgées (MONALISA), est emblématique de l'action innovante qu'il déploie dans ce sens, en particulier en matière de maintien à domicile (2.1.).

⁹¹ Paugam (S.), *Le lien social*, PUF, coll. « Que sais-je ? », Puf, 2^e. ed., 2009

⁹² « L'outil GAELIG 35 qui recense toutes les inscriptions de personnes âgées en établissement d'hébergement sur le département d'Ille et Vilaine montre que les deux motifs principaux de demandes d'entrée (douze propositions) sont : 1. l'aggravation de l'état de dépendance à domicile ou la sortie d'hôpital sans possibilité de retour à domicile, 2. isolement et insécurité à domicile. Si le premier point bien identifié, a permis aux structures de renforcer leur médicalisation en signant la convention EHPAD, le 2eme fait appel à des réponses plus variées pour lutter contre l'isolement social et relationnel des personnes âgées.

⁹³ La lutte contre l'isolement constitue aujourd'hui l'une des trois premières préoccupations des élus locaux, les deux premières étant l'insertion des jeunes et la lutte contre le chômage. Voir sur ce point : « Les villes et le vivre ensemble. Enquête sur les priorités politiques et stratégiques des villes de plus de 30 000 habitants », *Lettre de l'ODAS*, mai 2013.

⁹⁴ L'auxiliaire de la vie sociale a entre autres pour objectif d' « établir une relation professionnelle avec les publics aidés : respect de l'intimité, capacité à établir une relation de confiance. Savoir écouter, comprendre » <http://www.askoria.eu/index.php/deavs-auxiliaire-de-vie-sociale>.

Gisèle HUTEAU

2.1- MONALISA : une démarche emblématique de l'action innovante du CIAS en faveur des personnes dépendantes à domicile.

Il s'avère que les services du SPASAD du CIAS à l'Ouest de Rennes et tout particulièrement le SAAD, jouent un rôle significatif dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées dépendantes, en l'absence ou en l'insuffisance de relations familiales, amicales ou de voisinage. L'ensemble des entretiens menés sur le sujet avec les professionnels du maintien à domicile montrent que ces personnes ne peuvent plus être répertoriées comme étant en situation d'isolement absolu à partir du moment où elles bénéficient du passage régulier d'une aide à domicile, ou encore, formule plus adaptée, d'une auxiliaire de vie sociale⁹⁵. Pour autant, l'analyse des propos recueillis lors de ces entretiens révèle que l'intervention de ces travailleurs sociaux est davantage considérée comme un substitut ponctuel d'un entourage proche, dont l'apport est fonction de « *la nécessaire relation de confiance avec la personne âgée pour que ça fonctionne*⁹⁶ » que comme assumant un rôle de soutien et d'accompagnement dans l'activation des réseaux de sociabilité. En tout état de cause, la mise à disposition d'un service d'aide à domicile est couramment répandue et ne saurait caractériser la dimension novatrice de l'action du CIAS vis-à-vis des personnes âgées dépendantes et isolées.

En revanche, vis-à-vis de ce public, le CIAS à l'Ouest de Rennes se singularise par la mise en place de dispositifs innovants, lesquels, dans le parcours de vie et de santé des personnes âgées, s'articulent en complémentarité avec ceux du maintien à domicile (2.1.1.). Plus encore, l'inscription du CIAS dans la dynamique MONALISA depuis 2014 vient encore accroître son engagement dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées, notamment de celles en perte d'autonomie (2.1.2.).

2.1.1- La lutte contre l'isolement social : un champ d'innovations pour le CIAS

Il est largement admis que la lutte contre l'isolement social des personnes âgées en perte d'autonomie ne peut ignorer la situation personnelle des aidants familiaux lorsqu'ils existent, que ce soit le conjoint ou d'autres proches familiaux. Afin de pouvoir assumer non seulement de façon satisfaisante, mais aussi continue dans le temps, leur rôle de

⁹⁵ L'auxiliaire de la vie sociale a entre autres pour objectif d' « établir une relation professionnelle avec les publics aidés : respect de l'intimité, capacité à établir une relation de confiance. Savoir écouter, comprendre » Sur ce point, se référer à la fiche métier de l'auxiliaire de vie sociale sur le site : www.askoria.eu/index.php/deavs-auxiliaire-de-vie-sociale.

⁹⁶ Interviews de bénévoles anonymisées.

soutien auprès des personnes âgées, les aidants doivent être eux-mêmes aidés pour disposer de périodes de répit, en particulier lorsque la personne âgée est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Au regard du défi de la lutte contre l'isolement social, l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie et l'aide aux aidants apparaissent d'ailleurs comme deux volets indissociables. C'est en partant de ce constat que le CIAS à l'Ouest de Rennes a institué un service d'accueil de jour à partir de ses EHPAD (2.1.1.1.), et surtout, a institué le lieu ressources de la Longère, ce qui constitue une innovation majeure (2.1.1.2.).

2.1.1.1. L'accueil de jour de personnes âgées non hébergées à titre permanent en établissement

Mis en place dans le cadre de l'EHPAD les Champs Bleus avec une capacité de 10 places (file active de 23 personnes), l'accueil de jour⁹⁷ poursuit certes un objectif thérapeutique, sachant qu'il est destiné à des malades d'Alzheimer et de personnes souffrant de dépendances psychiques. S'agissant parmi elles des personnes moyennement dépendantes, l'accompagnement social offert par l'accueil de jour a néanmoins également une visée d'écoute, d'aide et de stimulation ayant pour but de rompre leur isolement social. A raison de 2 à 5 journées par semaine, il leur est proposé en petits groupes de 4 à 6 personnes, de se livrer à des activités ludiques et préventives, qui soient adaptées à leurs potentialités : « *l'objectif est de resocialiser la personne* ⁹⁸ ». Il s'agit de la sorte de permettre à une personne dépendante et isolée de conserver une part de lien social et de retarder une éventuelle aggravation de sa perte d'autonomie.

L'accueil de jour vise également à apporter un accompagnement aux aidants non professionnels, c'est-à-dire essentiellement aux proches familiaux de la personne âgée. Il revêt alors la forme d'un entretien avec l'infirmière coordonnatrice ou une psychologue, afin de permettre la verbalisation des difficultés rencontrées avec leur parent malade (trouble du comportement, non-reconnaissance, culpabilité). Ce temps d'accueil de la personne âgée constitue donc aussi un temps de répit pour l'aidant, en vue de préserver ce dernier de l'épuisement entraîné par la vie quotidienne avec une personne désorientée.

Afin de tenir compte de l'isolement géographique d'une partie des personnes âgées en perte d'autonomie, celui-ci étant lui-même accentué en l'absence d'aidants familiaux, le

⁹⁷ CIAS à l'Ouest de Rennes, plaquette de présentation du lieu ressources de La Longère, 2014, p.5.

⁹⁸ Propos d'un bénévole anonymisé au lieu ressource de La Longère.

CIAS à l'Ouest de Rennes a instauré un service de transport en vue de leur permettre de faire le trajet entre leur domicile et le service de l'accueil de jour.

La même préoccupation vaut d'ailleurs pour l'accès au lieu ressource de la Longère, situé à Mordelles, pour lequel il est prévu cette fois de recourir à l'usage de véhicules adaptés de bénévoles associatifs.

2.1.1.2. Le lieu ressource de la Longère : une réalisation remarquée caractéristique de l'esprit d'innovation sociale du CIAS

« Depuis le 20 décembre 2013, nous avons ouvert une structure très innovante⁹⁹ ». C'est en ces termes que le CIAS à l'Ouest de Rennes fait mention de la mise en place du lieu de ressources et de soutien « La Longère¹⁰⁰ ». Située à Mordelles, cette structure est destinée à recevoir des personnes âgées isolées ou souffrant de solitude ainsi que les aidants de personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Selon le CIAS, « pour agir et préserver l'autonomie des « seniors isolés », en particulier au moment des épisodes de rupture qui surviennent au cours de la vie (perte du conjoint, décès de proches, abandon de la conduite automobile, apparition d'un handicap, etc...), il convient d'inciter à la participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens intergénérationnels et de solidarité ». Le souci d'articuler la lutte contre l'isolement avec le parcours de vie et de santé de la personne âgée est ainsi posé d'une façon claire et ambitieuse.

Une telle présentation pourrait volontiers apparaître présomptueuse. Pourtant, il ressort qu'il n'en est rien au regard de l'offre de services dont peuvent bénéficier à la fois les personnes âgées isolées et les aidants familiaux ayant besoin d'un temps de répit. Cette réalisation originale a même permis au CIAS à l'Ouest de Rennes d'obtenir en 2014, le 1^{er} prix de l'innovation sociale locale de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale¹⁰¹.

Comme l'indique l'exposé des motifs du projet, le choix politique ayant conduit à la création du lieu ressources La Longère a procédé du constat empirique selon lequel il existait encore, malgré les efforts déjà entrepris en faveur du maintien à domicile, une réponse insuffisante du CIAS vis-à-vis du problème de l'isolement des personnes

⁹⁹ CIAS à l'Ouest de Rennes, plaquette de présentation du lieu ressources de la Longère, 2014, p.5.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 10.

¹⁰¹ Voir annexe n°4, Premier prix de l'innovation sociale 2014, décerné par l'Union nationale des centres communaux d'action sociale.

âgées¹⁰². L'argument fort affiché en faveur de cette réalisation est de « *fondre les individus dans un lieu de ressources, de réaliser du vivre ensemble ou chacun apporte un peu à l'autre ...*¹⁰³ ». Il s'agit ainsi à l'occasion des diverses activités proposées par La Longère de promouvoir le lien intergénérationnel sur le territoire du CIAS.

Préoccupation importante du CIAS¹⁰⁴, la recherche d'une complémentarité entre ses diverses offres de services aux personnes âgées en perte d'autonomie est une nouvelle fois perceptible à travers l'articulation entre le dispositif de la Longère, qui est dédié à la lutte contre l'isolement social, et le SPASAD en tant que structure pivot du maintien à domicile. « *Les actions du CIAS qui étaient déjà bien connues, affichées et qui ont évolué, sont basées sur la complémentarité entre les établissements et le domicile. (...). A domicile, on a tout fait pour qu'il y ait cette complémentarité au fil des années*¹⁰⁵ ». Cette orientation trouve une nouvelle traduction avec l'institution de La Longère dans la mesure où elle vise la recherche d'une complémentarité entre professionnels du CIAS et aidants familiaux. Il est d'ailleurs significatif de ce point de vue que la direction générale du CIAS affirme que : « *L'implication naturelle et privilégiée du SPASAD au fonctionnement du réseau d'aide aux aidants, doit intégrer cette notion de base : Libérer du temps à l'aidant passe par la présence substituée par un professionnel au domicile avec une incidence sur les plannings ...*¹⁰⁶ ».

Outre le fait qu'il s'appuie sur les moyens du SPASAD, le lieu ressources de La Longère emploie une seule salariée, en l'occurrence la médiatrice socio-culturelle qui est chargée du pilotage de ses différentes activités, ainsi que deux volontaires du service civique. Il n'en demeure pas moins que le fonctionnement quotidien de cette structure repose surtout sur la coordination de l'activité d'une quarantaine de bénévoles qu'il faut aussi accompagner et qui sont regroupés au sein de l'association Part'Agés. Ayant en principe vocation à intervenir non seulement auprès des usagers de La Longère, mais aussi en principe auprès des résidents des EHPAD du CIAS, Part 'Agés¹⁰⁷ favorise et soutient les actions visant à développer le lien social et les liens de solidarité intergénérationnelle avec les personnes âgées résidant sur les communes du territoire du CIAS. Ainsi, tout en étant soutenus par des professionnels de celui-ci, les bénévoles de l'association

¹⁰² Dossier de candidature du CIAS à l'Ouest de Rennes au prix de l'innovation sociale 2014, p. 3.

¹⁰³ CIAS à l'Ouest de Rennes, diaporama de la réunion de présentation du projet « La Longère : aide aux aidants ...lutte contre l'isolement social », 11 décembre 2013.

¹⁰⁴ C'est le point sur lequel le Directeur Général du CIAS à l'Ouest de Rennes, Monsieur Jacques Thomas, a tenu à insister dès les premières minutes de notre entretien relatif au lieu ressources de la Longère et à la démarche Monalisa.

¹⁰⁵ J. Thomas, complémentarité de l'offre du CIAS, entretien du 8 juillet 2016.

¹⁰⁶ CIAS à l'Ouest de Rennes, diaporama de la réunion de présentation du projet « La Longère : aide aux aidants ...lutte contre l'isolement social », 11 décembre 2013.

¹⁰⁷ Le site de l'association : <http://www.partages.org> fournit une information sur ses statuts, son fonctionnement et ses activités en lien avec la Longère et plus généralement avec le CIAS à l'Ouest de Rennes.

Part'Agés sont sollicités pour apporter leurs contributions au fonctionnement courant des principales activités¹⁰⁸ qui sont proposées par le lieu ressources la Longère :

- le café campagne qui est au centre de l'organisation : « *ce n'est pas un lieu d'accueil administratif, c'est un "café", il y a des temps informels, c'est-à-dire, à tout moment, même si on est dans un travail, on lâche tout et on va à l'écoute de la personne qui entre dans le lieu ; c'est quand même une particularité, on ne trouve pas ça partout dans les services*¹⁰⁹ » ;
- les ateliers de cuisines et d'arts plastiques ;
- les "causeries" du jeudi dont les thèmes se rapportent à des thématiques en rapport avec les attentes des personnes âgées : la prévention des risques de santé, la personne de confiance ;
- la programmation de rendez-vous culturels, artistiques et récréatifs.

Par ailleurs, aux côtés d'autres « lanceurs d'alerte » tels les professionnels des services de maintien à domicile, les élus-référents des communes adhérentes au CIAS, voire d'autres acteurs comme les médecins traitants, les membres de l'association Part'Agés participent eux aussi au repérage et au signalement au CIAS à l'Ouest de Rennes, plus précisément au SPASAD, de personnes isolées ou souffrant de solitudes, ou encore, d'aidants familiaux en voie d'épuisement physique ou psychiques. Enfin, les membres de l'association Part'Agés invitent la plupart du temps les personnes âgées qu'ils repèrent et qui seraient en risque à s'inscrire sur les registres nominatifs des personnes isolées tenus par les communes. Un tel partenariat associatif développé dans le cadre du lieu ressources de La Longère a pu dès lors constituer une base précieuse dans la perspective de promouvoir la démarche citoyenne Monalisa.

2.1.2. L'accentuation de l'engagement du CIAS dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées à la faveur de Monalisa

Pour améliorer l'accompagnement offert au titre de parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante et isolée, le CIAS à l'Ouest de Rennes s'est engagé dans la dynamique Monalisa dès janvier 2014, faisant ainsi figure de pionnier. Il s'agit de la sorte de mieux soutenir les projets citoyens de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Cette dimension est au cœur de la démarche engagée comme le souligne le référent

¹⁰⁸ Affiches faisant la promotion des activités du lieu ressources la Longère, voir annexe n° 10, p. 105.

¹⁰⁹ V. Chaussepied, médiatrice socio-culturelle de la Longère, entretien du 29 avril 2016.

national Monalisa : « *la relation ne peut devenir un service, encore moins une marchandise. La lutte contre l'isolement social renvoie, au-delà des solidarités intrafamiliales, davantage à la force d'initiative et d'implication des citoyens comme acteurs du lien social, notamment dans la proximité, qu'aux systèmes de protection sociale eux-mêmes*¹¹⁰ ».

Signe supplémentaire de son implication dans cette nouvelle dynamique, le CIAS à l'Ouest de Rennes est membre du conseil d'administration de l'Association nationale Monalisa où il est représenté par son directeur général, Monsieur Jacques Thomas. Au-delà de l'exercice de ce mandat, celui-ci a joué et joue encore un rôle déterminant dans l'impulsion de cette démarche. « *C'est le fer de lance de l'action du CIAS et au-delà du CIAS, puisque c'est lui qui a porté le projet au niveau départemental* » où il est d'ailleurs référent de la coopération Monalisa ¹¹¹ ».

S'appuyer sur la mobilisation d'une équipe citoyenne, comme celle constituée à partir des bénévoles de l'association Part'Agés pour développer la lutte contre l'isolement social, est de nature à fournir un levier pour accroître l'action du CIAS sur les parcours de vie et de santé des personnes âgées isolées. La qualité de l'accompagnement des bénévoles associatifs, appelés à intervenir aux côtés des professionnels du CIAS est garantie par la Charte Monalisa (2.1.2.1.). Par-delà, les principes de fonctionnement de Monalisa sont à rapporter à ses conditions de mise en œuvre sur le territoire du CIAS à l'Ouest de Rennes (2.1.2.2.).

2.1.2.1. L'inscription de la dynamique Monalisa dans un cadre organisé

C'est en vertu de cette dynamique que le CIAS à l'Ouest de Rennes est un « opérateur d'une équipe citoyenne » ; en l'occurrence, il n'en existe qu'une seule sur le territoire du CIAS, précisément celle constituée à partir de l'association Part'Agés, même s'il serait souhaitable comme l'évoque Monsieur Jacques Thomas¹¹² que d'autres initiatives de bénévoles voient le jour. Etant entendu que l'attribution du label d'équipe citoyenne est délivrée par l'association nationale Monalisa, après adhésion à une charte d'équipe citoyenne¹¹³ qui est destinée à garantir la qualité de son action vis à vis de ses

¹¹⁰ Serres (J.-F), « Une mobilisation nationale contre l'isolement : la dynamique MONALISA », *Gérontologie et société* (n° 149), 2016, p. 161.

¹¹¹ V. Chaussepied, médiatrice socio-culturelle du Lieu Ressources de la Longère, entretien du 29 avril 2016.

¹¹² Interview de Monsieur Jacques Thomas, Directeur général du CIAS, 8 juillet 2016.

¹¹³ La charte d'équipe citoyenne Monalisa, voir annexe n°11, p. 106.

partenaires. Outre un référencement sur le site Internet de Monalisa¹¹⁴ », cette labellisation permet l'accès aux échanges de pratiques et aux soutiens techniques du réseau Monalisa : référentiel de la formation socle Monalisa, fiche repère de l'intervention du référent d'équipe citoyenne, etc. Les bénévoles engagés dans cette démarche suivent une formation spécifique.

A l'image des guichets intégrés portés par les MAIA, « *l'équipe citoyenne* » est un " objet commun", une réponse intégrée au sein de structures diverses. Cette démarche ouvre une capacité de généralisation dans tous les territoires en évitant l'harmonisation des projets d'action. Un des axes essentiels d'engagement dans la Mobilisation nationale est en effet de respecter la diversité des histoires, des cultures et des modes d'action de chaque équipe citoyenne et des associations ou mouvements engagés. Autant d'équipes, autant de projets différents¹¹⁵ ». Ces propos trouvent évidemment un écho avec le pacte d'engagement conclu entre le CIAS à l'Ouest de Rennes et l'association « Part'Âges » en ce qui concerne la mise en œuvre de Monalisa.

2.1.2.2. La confrontation des principes de fonctionnement de Monalisa à ses conditions de mise en œuvre sur le territoire du CIAS

D'une façon générale, les différents entretiens menés tant auprès des bénévoles associatifs engagés dans Monalisa que des professionnels de la Longère font ressortir la forte implication de ces derniers dans le repérage et le suivi des personnes âgées isolées et en particulier, de celles qui sont le plus en perte d'autonomie.

Il y a également le sentiment d'une complémentarité avec les autres services du lieu ressources de La Longère. Il est également fait état de l'utilité des visites au domicile des personnes âgées comme étant un moyen de stimuler leurs capacités cognitives : « *c'est un moyen d'élargir l'esprit d'observation, du Quatrième âge* » dit l'une des bénévoles. De plus, on constate que le mélange de générations entre bénévoles et les jeunes du service civique s'avère bénéfique lors des visites à domicile.

¹¹⁴ www.monalisa.asso.fr

¹¹⁵ Serres (J.-F), « une mobilisation nationale contre l'isolement : la dynamique MONALISA », *Gérontologie et société*, (n°149) 2016, p. 164.

**Exemple de cas de dépendance et d'isolement
signalé par la police municipale**

« Suite à un appel au secours de Mr B, la police municipale a alerté l'élue de la commune où il réside. En situation de perte d'autonomie, Mr B, âgé de 75 ans et n'ayant pas de famille, présente une addiction à l'alcool et un état dépressif. L'élue a fait le relai auprès du CIAS à l'Ouest de Rennes pour qu'il puisse faire l'objet d'un accompagnement adapté.

Mr B est à ce jour suivi par un gestionnaire de cas de la MAIA, mais refuse d'aller au lieu ressource de La Longère, tout en acceptant la visite de bénévoles de l'équipe citoyenne Monalisa ».

Apport : réintégration dans la vie sociale et lutte contre l'isolement

Interview : élue d'une commune du CIAS de l'Ouest de Rennes

Selon ce pacte, les conditions de l'équipe citoyenne de Monalisa sur le territoire du CIAS à l'Ouest de Rennes s'articulent autour de 4 axes¹¹⁶ :

-1^{er} axe : accompagnement et participation des personnes âgées

L'équipe accompagne les personnes âgées en risque ou en situation d'isolement, qui la sollicitent, lui sont signalées ou qu'elle rejoint suite à son propre repérage des situations pour « aller vers ». C'est elle-même qui décide quelle personne elle accompagne ou non. Elle définit avec les personnes âgées concernées, les formes d'actions pertinentes pour lutter contre leur isolement et leur solitude.

-2^{eme} axe : animation des bénévoles et vie d'équipe

L'équipe citoyenne recherche, recrute et intègre des bénévoles de son choix. Elle assure l'inscription dans le parcours initial et continu de formation des bénévoles. Enfin, elle organise et anime des rencontres de tous ses membres autour de son projet et de sa vie d'équipe.

-3^{eme} axe : détermination et investissement d'un territoire

L'équipe citoyenne détermine le territoire sur lequel elle agit et s'interroge régulièrement sur son périmètre. Il doit permettre à l'équipe d'agir dans la proximité au plus près des personnes.

- 4^{eme} axe : action en réseau

L'équipe n'agit jamais seule, elle est en lien avec les familles, les professionnels, les acteurs de solidarité de voisinage et les acteurs associatifs, publics ou privés qui

¹¹⁶ A partir d'un document interne élaboré par le Directeur général du CIAS à l'Ouest de Rennes.
Gisèle HUTEAU

partagent ses objectifs, en particulier pour le signalement, le repérage et le suivi des situations complexes des personnes souffrant de solitude.

L'implication des bénévoles ne se substitue ni à celle des familles, ni à celle des professionnels, leurs interventions sont complémentaires et se renforcent mutuellement. L'équipe participe aux coordinations mises en œuvre, elle est en lien régulier avec le référent d'équipe Monalisa permettant ainsi l'échange des pratiques.

MONALISA ET LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE :

l'exemple de la situation d'Eugène

Ancien agriculteur, né en 1932, Eugène a habité jusqu'en 2015 une maison à la campagne près de Mordelles, en compagnie de son épouse avec qui il a eu deux enfants, un garçon et une fille. Il y a passé une retraite longtemps active aimant entre autre se promener, bricoler ou aller à la chasse, tout en ayant de nombreux autres centres d'intérêts tel que le cinéma, la musique ou la lecture. Il était également impliqué dans la vie sociale, en particulier en faisant du bénévolat au lieu ressources La Longère dès les premiers mois de sa mise en place en 2013.

Mais au cours de l'année 2014, il s'est produit une rupture dans le parcours de vie et de santé d'Eugène à la suite du décès de son épouse. Il a tenté en vain de faire face à cette épreuve. Sa souffrance est demeurée tellement forte qu'il avait renoncé à s'alimenter sans en faire part à ses proches. A l'occasion de ses fréquentes visites au domicile d'Eugène, sa fille s'est néanmoins rendue compte de ce phénomène de dénutrition, lui-même probablement liée à la situation d'isolement social de son père. De plus, avec l'avènement de ce nouveau contexte, l'état de santé d'Eugène s'est dégradé avec l'apparition de troubles cognitifs et comportementaux qui ont entraîné de nombreuses chutes.

Eu égard à la situation d'Eugène, sa fille a souhaité qu'il puisse bénéficier non seulement des services de maintien à domicile du SPASAD à l'Ouest de Rennes (portage de repas, SAAD, SSIAD), mais également de la démarche Monalisa mise en œuvre à partir de La Longère. Il ressort en effet que l'isolement social a joué un rôle clé dans la dégradation de l'état de santé d'Eugène. Sollicitée à ce titre en tant qu'équipe citoyenne Monalisa, l'association Part'Agés a ainsi permis à Eugène de recevoir la visite à son domicile de deux bénévoles les mercredis après-midi. Sous l'effet de la dynamique Monalisa, Eugène s'est à nouveau rendu, mais cette fois en tant que personne isolée, à La Longère le mardi pour jouer aux cartes, de même que le samedi matin pour un atelier sophrologie et gym auxquels participent les membres de l'association Part'Agés.

Exposé à des troubles de l'équilibre de plus en plus important, Eugène est entré en fin 2015 à l'EHPAD Le Pressoir de Mordelles où il continue de recevoir la visite de bénévoles ayant adhéré à la Charte de la visite en EHPAD instituée par le CIAS.

Source : information collectée au Lieu ressources La Longère

On observe que si elle s'inscrit le plus souvent dans les faits sous l'impulsion conjuguée du lieu ressources La Longère et de l'association Part'Âges, en revanche, Monalisa n'est pas toujours clairement identifiée en tant que dispositif labellisé. Comme l'indique son principal initiateur sur le territoire du CIAS à l'Ouest de Rennes, « *Maintenant et dans des limites budgétaires auxquelles nous sommes confrontés, il nous faut trouver des idées innovantes pour financer et pérenniser cette belle initiative. C'est un autre enjeu à court, moyen et long terme* ¹¹⁷ ».

Susceptible de voir son champ d'intervention s'élargir au-delà du maintien à domicile, la dynamique Monalisa tend néanmoins à s'estomper dans le champ des EHPAD où la lutte contre l'isolement relationnel et plus encore, la solitude des personnes âgées, reste pourtant une nécessité.

2.2- L'effacement de la dynamique MONALISA en établissement vis-à-vis d'autres formes de lutte contre l'isolement social

L'isolement à domicile, avec la perte de proches et notamment du conjoint, ainsi que le sentiment de solitude qui peut en résulter, constituent des motifs couramment évoqués par les personnes âgées en perte d'autonomie pour demander leur admission en EHPAD. Il n'en demeure pas moins que leurs entrées en institution se font à un âge de plus en plus tardif, étant alors confrontées à une importante perte d'autonomie physique, voire psychique, qui est de nature à favoriser leur isolement relationnel, surtout en l'absence de proches familiaux.

Aussi, à l'instar de la plupart des EHPAD, les établissements du CIAS à l'Ouest de Rennes mettent en œuvre un projet de vie qui accorde une place conséquente à l'axe « Humanitude », c'est-à-dire à la qualité des relations avec les résidents et à la préservation du lien social de ceux-ci, quelle que soit la nature de leurs incapacités. Or, cette exigence peut s'avérer d'une application délicate pour certaines personnes âgées,

¹¹⁷ Thomas (J.), « Retours sur les 2èmes rencontres nationales Monalisa, *Infos CIAS*, n° 45, mars 2016, p. 6.

telles celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ainsi l'EHPAD « Les Champs Bleus » accueille actuellement des personnes de plus en plus âgées, poly-pathologiques et donc dépendantes. Les résidents cumulent en moyenne 6 maladies diagnostiquées et consomment 6,5 médicaments par jour¹¹⁸. Au vue de ces polypathologies, il est difficile d'avoir un projet de vie en adéquation avec une démarche qualité de vie pour tous, qui tienne compte à la fois des besoins et des attentes de chaque résident.

Si elle renvoie à une préoccupation des EHPAD du CIAS, la lutte contre l'isolement relationnel et la solitude des résidents constitue un défi permanent et complexe tant les situations rencontrées sont diverses. L'action du CIAS à l'Ouest de Rennes dans ce domaine est de nature à influencer sur le bien-être des personnes accueillies et au-delà sur leur qualité de vie.

Cadre de référence en relation avec chaque résident, le projet de vie des EHPAD est conçu de façon à éviter le sentiment d'isolement de la personne âgée au sein de l'établissement lui-même (2.2.1.). Mais, il vise aussi à permettre une ouverture des résidents vers le monde extérieur (2.2.2.).

2.2.1- La volonté des EHPAD d'être des lieux de vie pour lutter contre le sentiment d'isolement des personnes âgées

Il peut bien sûr être surprenant d'évoquer le sentiment d'isolement de la personne âgée en EHPAD. Ne serait-ce pas là en effet une situation paradoxale alors même qu'elle est à même d'avoir une vie sociale laquelle s'entend « comme l'ensemble des relations que le résident en EHPAD est amené à avoir avec d'autres personnes¹¹⁹ » ? Plus précisément, il convient de distinguer entre les échanges diffus inhérents à la prise en charge en établissement (2.2.1.1.) et les moments d'échanges formalisés au titre de l'animation de la vie sociale (2.2.1.2.).

2.2.1.1. Les échanges diffus avec les résidents inhérents à la prise en charge

En effet, à partir du moment où elles sont entrées en établissement, les personnes âgées en perte d'autonomie se trouvent au contact quotidien de diverses catégories d'agents de

¹¹⁸Perrin-Haynes (J.), « les pathologies des personnes âgées vivant en établissement » in « les personnes âgées en institution », *DREES Solidarité Santé*, (n° 22), 2011, p. 11.

¹¹⁹ ANESM, qualité de vie en EHPAD, volet 3, « la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011.

l'EHPAD (agents de service, aides-soignantes, aide-médico-psychologiques, infirmières, etc...), en fonction des interventions qu'elles requièrent : soins médicaux et de nursing, service hôtelier, etc. La fréquence de leurs interventions détermine ainsi les relations d'échanges de proximité avec les résidents. Mais en réalité, ce type d'échanges diffus se révèle dans les faits le plus souvent pauvre en contenu et en qualité, se limitant à des propos communs du type : « Comment allez-vous ? », « Vous avez bien dormi ? » ou « Qu'est ce qui ne va pas ? ». Il s'agit d'un constat d'autant plus avéré à l'épreuve des faits que les personnels de l'EHPAD, accaparés par d'autres tâches, n'ont guère le temps de poursuivre leur conversation avec les intéressés.

Il existe certes des référents-résidents ayant « *pour rôle d'assurer une fonction médiatrice d'observation, d'écoute et de mise en relation entre le résident, la famille, l'établissement et les professionnels de santé. Il permet ainsi, à la fois d'ancrer la prise en soins dans le relationnel et de rendre durable le travail de lien psychique passé-présent-avenir* ». ¹²⁰Mais bien qu'il exerce une fonction clé au regard du projet de vie de l'EHPAD, faute de temps, le référent résident n'est pas en mesure de répondre aux besoins des personnes âgées face au risque d'isolement social.

En outre, l'appartenance à la collectivité des résidents d'un EHPAD peut également fournir l'occasion de contacts avec d'autres personnes âgées en perte d'autonomie sous réserve de leurs capacités physiques et psychiques à nouer des contacts avec autrui. En particulier, le repas est un moment de convivialité qui est propice à des échanges non seulement avec le personnel mais aussi entre résidents.

Même si elle donne lieu à des échanges diffus qui peuvent éviter un éventuel sentiment d'isolement et de solitude, la vie en établissement ne peut néanmoins se dispenser d'un temps d'échanges formalisés entre les résidents et les professionnels à leur contact. C'est précisément le rôle dévolu à l'animatrice dans le respect des orientations du projet de vie.

2.2.1.2. La formalisation du temps de l'animation sociale au sein de l'EHPAD

A l'instar de la plupart des autres EHPAD, ceux du CIAS à l'Ouest de Rennes mettent en œuvre sous l'égide d'une animatrice des programmes d'animation en faveur de leurs résidents (par ex., Fête du monde sur le Cambodge aux Champs Bleus, visite de Dinard, concert en soirée). Il ne s'agit pas toutefois de successions d'activités qui seraient simplement destinées à lutter contre l'ennui dans une finalité essentiellement occupationnelle . Selon la Charte de l'animation en gérontologie, c'est un « *ensemble*

¹²⁰ Fiche de poste interne EHPAD du CIAS à l'Ouest de Rennes
Gisèle HUTEAU

coordonné d'actions diverses et adaptées en lien avec le vécu des personnes âgées¹²¹. Ainsi, « elle cherche la mise en commun avec les différentes approches soignantes et éducatives¹²² », ce qui suppose l'instauration de relations fréquentes avec les diverses catégories de personnel en charge de celle-ci¹²³ (médecin coordonnateur, infirmières, assistants médico-pédagogiques, etc.)

L'animatrice est donc conduite à relever un défi d'ampleur, celui de valoriser l'identité de personnes très âgées qui se trouvent, selon leurs dires, confrontées à « *une vie plus longue que celles qu'elles avaient espéré*¹²⁴ » et qui ont vu le cercle de leurs proches s'amenuiser au fil du temps. S'agissant de ces personnes, l'animatrice est amenée à jouer un rôle essentiel en ce qui concerne l'intégration de la lutte contre l'isolement dans leurs parcours de vie et de santé. Comme l'indique, fort à propos un animateur-coordonnateur : « *on ne vit pas pour être soigné, mais on est soigné pour pouvoir continuer à vivre dans les meilleures conditions possibles. Il y a encore trop de confusions entre les objectifs et les conséquences. Chanter ne vise pas obligatoirement la rééducation de la capacité respiratoire ou la prévention ; manger n'est pas uniquement un acte de prévention de la dénutrition ; parler avec son voisin n'est pas uniquement lutter contre l'isolement. Il manque, dans ces visions, beaucoup de perspective*¹²⁵.

Au quotidien, l'animatrice de vie sociale est « la cheville ouvrière » de la lutte contre l'isolement des résidents dans chaque EHPAD à travers l'accomplissement de nombreuses tâches : la visite aux personnes fatiguées, l'accueil d'un nouveau résident, etc. Elle fait également participer les membres du personnel des établissements à la réalisation d'activités en lien avec les personnes âgées en perte d'autonomie.

Par-delà, les missions de l'animatrice d'un EHPAD¹²⁶ s'étendent à la promotion de relations des résidents avec le monde extérieur.

2.2.2- La promotion de relations avec le monde extérieur en vue de lutter contre l'isolement social des résidents des EHPAD.

Le passage du domicile à un EHPAD constitue une étape marquante dans le parcours de vie et de santé d'une personne âgée en perte d'autonomie. Or, elle peut conduire à une

¹²¹ Extrait article 2 de la Charte de l'animateur en gérontologie

¹²² *Ibidem*

¹²³ Fiche de poste de l'animatrice pour la résidence les Champs Bleus.

¹²⁴ Entretien avec des résidents en EHPAD.

¹²⁵ Hervy (B.) « *Personnes âgées, restaurer le lien social* », *La santé de l'homme* (n°363) Janvier-Février 2003, p. 26.

¹²⁶ Fiche de poste d'animatrice de l'EHPAD les Champs Bleus ». Mission intégrée n° 1 : soins.

dévalorisation identitaire du résident d'autant plus qu'elle est trop souvent associée à une représentation négative de la vieillesse.

Face à cette situation, les EHPAD du CIAS à l'Ouest de Rennes mettent en œuvre un projet de vie qui vise à préserver le lien avec les familles des résidents et à laisser place à des visites de bénévoles associatifs (2.2.2.1.). S'agissant plus particulièrement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, l'EHPAD des Champs Bleus présente une singularité puisqu'il comporte un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) « ouvert » (2.2.2.2.).

2.2.2.1. La préservation des liens avec les proches des résidents et la possibilité de visites par des bénévoles associatifs.

L'institutionnalisation de la personne âgée en perte d'autonomie ne signifie pas pour autant la fragilisation du lien familial lorsqu'il existe. Les règlements de fonctionnements des différents EHPAD du CIAS indiquent « *qu'il est important de favoriser les liens entre la famille et le résident et avec l'établissement*¹²⁷ ». Outre un accès libre à la famille, ce principe de fonctionnement trouve d'ailleurs une traduction dans les contrats de séjour signés entre l'EHPAD et le résident ou son représentant égal. Il est prévu que le résident puisse inviter des membres de sa famille et même des personnes de son choix au repas du midi en respectant certaines conditions de réservation¹²⁸. Enfin, sur autorisation de la directrice, le séjour d'un membre de la famille dans la chambre du résident est possible, notamment la nuit et pour une courte période¹²⁹ ; tel peut être le cas pour répondre à un problème de santé de la personne âgée demandant une surveillance continue.

Par ailleurs, sous réserve d'adhérer à une charte spécifique¹³⁰, une personne bénévole peut apporter son concours à la vie sociale des EHPAD du CIAS. Le nombre de bénévoles ne s'élève toutefois qu'à 5 à 6 pour chacun des EHPAD avec des fréquences de visites variables d'un établissement à l'autre¹³¹.

¹²⁷ Par ex. : article 9.3 du règlement de fonctionnement de l'EHPAD « Le Pont aux moines » : article 9.4 du règlement de fonctionnement de l'EHPAD « les Champs Bleus ».

¹²⁸ Par ex. : article 2.2 des contrats de séjour des EHPAD « Le Pont aux moines » et « les Champs Bleus ».

¹²⁹ Par ex. : article 2.4 du contrat de séjour de l'EHPAD « Le Pont aux Moines » et article 2.6 du contrat de séjour de l'EHPAD « Les Champs Bleus ».

¹³⁰ Charte de la personne bénévole, voir annexe n° 12, p.107-108.

¹³¹ Voir annexe n° 7 : tableau isolement des 4 EHPAD du CIAS de l'Ouest de Rennes

2.2.2.2. La mise en place d'un pôle d'activités et de soins adaptés « ouvert »

Mise en place en 2010 en vue de faire suite aux préconisations du Plan Alzheimer 2008-2012, le Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de l'EHPAD Les Champs Bleus accueille chaque jour 12 à 14 résidents (file active de 23 personnes) en provenance des unités de vie protégées « Alzheimer », volontaires et souffrants de troubles modérés du comportement¹³².

En relation avec le projet de vie individualisé de chaque résident, lequel en détermine le parcours de vie et de santé, le référent résident a en charge, avec la responsable du PASA, de mettre en place des ateliers pédagogiques (cuisine, lecture de journaux, jeux, ...) voire des activités spécifiques (art thérapies, musico-thérapie, etc.) en vue de mobiliser leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, et ainsi, leur permettre de sortir de l'isolement¹³³.

Plus encore, le PASA de l'EHPAD des Champs Bleus offre une caractéristique originale dont l'intérêt mérite d'être souligné : il laisse place à des activités à médiation (gym douce, danse, ...) qui peuvent se faire en commun avec des activités proposées par des associations de la commune de Vezin le Coquet, en vue d'élargir encore la lutte contre l'isolement social des personnes âgées en perte d'autonomie.

¹³² Selon la grille d'évaluation neuro-psychiatrique, les troubles modérés du comportement répondent à 3 critères cumulatifs : score > à 3 à au moins un des items du NPI, retentissement du NPI-es est entre (2et4), fréquence au moins 1 fois/semaine.

¹³³ Planning d'activité PASA, voir annexe n°13, p. 109.

Troisième partie

3- La réponse encore perfectible de l'action du CIAS

Envisager la pertinence de l'action du CIAS à l'Ouest de Rennes sur le parcours de vie et de santé des personnes âgées dépendantes et isolées n'a de véritable sens que s'il s'agit d'une démarche vouée à répondre à leurs besoins, voire à leurs attentes.

S'inscrire dans cette voie suppose néanmoins de pouvoir s'appuyer sur des données quantitatives et qualitatives permettant de cerner avec une précision suffisante les besoins globaux des personnes âgées sur les sept communes du CIAS. Or, tel n'est pas le cas faute de disposer de l'analyse des besoins sociaux pourtant prévue par la loi, et qui est à la fois un diagnostic de territoire et une évaluation des politiques sociales déjà menées. Elaboré par l'ARS de Bretagne, le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) pour la période 2012-2016 n'est guère en mesure de pallier ce manque : les indicateurs qualitatifs permettant de mesurer l'adéquation entre les besoins des personnes âgées et les types d'accompagnement mis en œuvre font trop souvent défaut¹³⁴. Il en est largement de même pour les schémas départementaux gérontologiques établis par le Conseil départemental d'Ille et Vilaine. De son côté, la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, qui vient de se mettre en place en vertu de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, est certes tenue d'établir « *un diagnostic des besoins [dans la prévention de la perte d'autonomie] des personnes âgées de 65 ans et plus résidant sur le territoire départemental* », mais son installation récente n'a pas encore permis la réalisation de ce diagnostic.

Au regard de ce contexte, l'évaluation de la pertinence de l'action du CIAS à l'Ouest de Rennes mérite d'être envisagée avec prudence lorsqu'elle porte sur l'adéquation du volume de l'offre de services par rapport aux besoins potentiels des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour autant, les orientations prises dans ce domaine peuvent se révéler adaptées à la faveur d'appréciations empiriques, lesquelles sont à rapporter à la connaissance de terrain des élus du Conseil d'administration du CIAS.

¹³⁴ Selon la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les futurs projets régionaux de santé, plus précisément les schémas régionaux d'organisation médico-sociale, doivent décrire de façon prospective et territorialisée, l'organisation des établissements et services.

A partir des constats posés à l'occasion de l'évaluation de la qualité de la prise en charge de la perte d'autonomie (3.1.), il sera possible de déterminer des préconisations d'amélioration de l'action du CIAS à destination des personnes âgées dépendantes et isolées (3.2.).

3.1- L'évaluation de la qualité de l'offre de services du CIAS au regard du parcours de vie et de santé de la personne âgée

L'évaluation est au service de la démarche qualité comme le soulignent Michel Laforcade et Philippe Ducalet dans leur ouvrage : « *L'évaluation et la démarche qualité présentent d'abord une différence de nature : la première est un des moyens d'atteindre la seconde. Elles obéissent également à un ordre chronologique : l'évaluation va permettre un constat qui va générer une démarche qualité qui elle-même devra être évaluée. Ainsi se met en mouvement le cercle vertueux de la qualité. Il n'a plus de raison de s'arrêter si la recherche de la qualité des prestations devient une volonté institutionnelle, voire une obligation légale et si des indicateurs ont été conçus pour renvoyer en permanence l'image de cette qualité* ¹³⁵ ». C'est précisément une obligation pour les établissements et services à domicile du CIAS à l'Ouest de Rennes en vertu de la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale¹³⁶.

C'est à partir de la mise en place des mécanismes d'évaluation de la qualité de la prise en charge des besoins des personnes âgées dépendantes et isolées (3.1.1.) qu'il devient possible d'enclencher la dynamique évoquée dans la citation ci-dessus, précisément parce qu'elle permet d'établir un état des lieux de la qualité de l'offre de services du CIAS (3.1.2.)

3.1.1.- Les mécanismes d'évaluation de la qualité de la prise en charge des besoins des personnes âgées dépendantes et isolées

Institué par la loi du 2 août 2002 déjà mentionnée, puis modifié par la loi « Hôpital patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, l'article L. 312-1 soumet les établissements et services sociaux et médico-sociaux « *à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de*

¹³⁵ Ducalet (Ph.), Laforcade (M.), *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan, 3^e ed. 2008

¹³⁶ Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles » validées ou élaborées par l'ANESM. Jamais démentie, cette réforme en fonde le principe sur un engagement articulant démarche de projet d'établissement et mécanismes d'évaluation en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge.

On distingue en vertu des textes législatifs entre l'évaluation interne et l'évaluation externe.

-l'évaluation interne ; elle consiste en l'auto-évaluation des activités et la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux, des référentiels de bonnes pratiques validées par l'ANESM ;

-l'évaluation externe : elle est réalisée par des organismes habilités, selon la méthodologie également validée par l'ANESM.

Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service, afin de pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

Ces modes d'évaluation sont mis en œuvre à la fois par les EHPAD et les services de maintien à domicile du CIAS à l'Ouest de Rennes.

3.1.1.1. Le mode d'évaluation des EHPAD

L'évaluation interne *des EHPAD* du CIAS a été réalisée en 2012-2013 à partir d'un référentiel Pratiq'EHPAD lequel s'inscrit en cohérence à la fois avec leurs objectifs de démarche qualité et avec les référentiels de l'ANESM.

Plus concrètement, les items de ce référentiel montrent que l'évaluation des établissements s'est ordonnée autour de cinq axes qui sont surtout destinés à prendre en compte la qualité du service au résident tout au long de son parcours de vie et de santé dans l'établissement d'accueil :

-axe 1 : la garantie des droits individuels et des droits collectifs des résidents

-axe 2 : les activités pour le maintien de l'autonomie, au maintien d'une identité personnelle et sociale

-axe 3 : la prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents

-axe 4 : la personnalisation de l'accompagnement

-axe 5 : l'accompagnement de la fin de vie

Au vu des documents consultés, les évaluations internes de chacun des EHPAD ont été conduites en se référant à la démarche participative et collective et à la démarche d'objectivation telles qu'elles sont posées par l'ANESM¹³⁷. Elles ont fait ressortir la nécessité de mieux prendre en compte les référentiels de bonnes pratiques professionnelles, ce que l'évaluation externe a d'ailleurs confirmé.

Etabli par le Cabinet Bizolon¹³⁸ en 2014, le rapport d'évaluation externe souligne que les résultats de cette évaluation interne ont tardé à être intégrés dans la démarche qualité, au détriment du « cercle vertueux » auquel doit donner lieu l'articulation entre l'évaluation et la démarche qualité. Aujourd'hui encore, de simples constatations empiriques révèlent qu'il subsiste des disparités en la matière entre les EHPAD. Pour autant, des progrès notables ont été accomplis au cours des deux dernières années avec le concours du qualificateur du CIAS. Ayant été de surcroît directeur d'établissement par le passé, il a facilité la mise en place d'outils d'évaluation et de mesure de la qualité. Cependant, en raison d'un manque d'indicateurs quantitatifs dans les plans d'action, les tableaux de bord visualisés ressemblent à des catalogues assortis d'échéances de réalisation.

De mon point d'observation, l'EHPAD des Champs Bleus, il s'est avéré que l'utilisation des outils de traçabilité mis en place (tableaux de bord, comptes rendus, logiciels), et les espaces de réflexion sur le bon usage des pratiques professionnelles ne sont pas encore suffisamment intégrés à l'organisation des services. Or, c'est un processus d'évaluation continu s'inscrivant dans le travail régulier du personnel qui permet l'avènement d'une culture de l'évaluation au service de la qualité de l'offre de services aux résidents.

Par ailleurs, l'EHPAD des Champs Bleus, à l'instar des autres établissements procède à une enquête de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles en vue d'améliorer la qualité des prestations proposées. En dépit de sa longueur, le questionnaire envoyé se rapporte surtout aux prestations hôtelières de l'EHPAD et au cadre de vie. L'exploitation des résultats de ce questionnaire donne lieu à l'établissement d'un document récapitulatif¹³⁹ qui est ensuite présenté au CVS et soumis à débats. A cette occasion, les tensions peuvent être vives entre la représentation des résidents et des familles et la direction de l'EHPAD à telle enseigne que la séance du mois de mars a dû être interrompue. En tout état de cause, ce type d'enquête ramène à une évaluation subjective de la qualité de service par les intéressés eux-mêmes, en fonction non plus d'un

¹³⁷ ANESM, Guide de l'évaluation interne. Référentiels de bonne pratique, disponible sur : www.anesm.sante.gouv.fr/

¹³⁸ Bizolon Consultants, organisme évaluateur. Rapports d'évaluation externe des établissements et services du CIAS à l'Ouest de Rennes, 2014.

¹³⁹ Tableau récapitulatif des avis. Voir annexe n°14, p.110-111.

référentiel commun à tous, mais en fonction de leurs propres représentations de ce qu'elle devrait être en dehors de tout autre espèce de considération.

3.1.1.2.- Le mode d'évaluation des services de maintien à domicile et d'aide aux aidants

Il est tout d'abord surprenant de constater au vu d'un rapport remis en 2013¹⁴⁰ que l'évaluation interne du SPASAD, structure regroupant à la fois le SAAD et le SSIAD, s'est faite en dehors d'une démarche objective. Comme l'indique la rubrique ayant trait à la composition de l'instance d'évaluation, « *le groupe de pilotage a été aussi le groupe de travail, se réunissant une fois tous les mois, il était composé de :*

- *la coordinatrice Spasad,*
- les responsables du SAAD*
- *une responsable du SSIAD*
- *la responsable de l'ESame*
- *un agent du pôle administratif*
- *2 aides-soignantes*
- *4 auxiliaires de vie sociale*
- *1 ergothérapeute »*

Souscrire à ce mode d'auto-évaluation entendu ici au sens strict de l'expression conduit à ignorer non seulement les 600 personnes âgées bénéficiaires du SIAD, mais aussi ses partenaires (médecins traitants, CLIC, ...) sans oublier les aidants familiaux et les bénévoles dont la place est pourtant cruciale aux côtés des services de maintien à domicile.

Il n'était curieusement pas fait mention de cette carence dans le rapport d'évaluation externe du Cabinet Bizolon, mais peut-être faut-il y voir une moindre acuité à cette préoccupation qu'en matière d'hébergement en établissement ? D'autant plus que les personnes âgées concernées ainsi que leurs aidants sont fortement associés au recueil de leurs besoins en attente. Pour autant, l'objectivation et le questionnement des pratiques doit relever d'une dynamique collective au service de qualité d'un projet global.

¹⁴⁰ SPASAD du CIAS à l'Ouest de Rennes, Rapport d'évaluation interne n° RAP-QGR-005, janvier 2014, p. 10. Voir annexe n°15 p. 112.

Au-delà des questions de méthodologie et des enjeux de gestion qu'elle soulève, l'évaluation a plus fondamentalement pour objectif d'améliorer la réponse du CIAS aux besoins des personnes âgées dépendantes et isolées

3.1.2- Les enseignements à tirer des évaluations de la réponse du CIAS aux besoins des personnes âgées dépendantes et isolées

Il s'agit moins en la matière de répertorier les éléments positifs de la réponse du CIAS, déjà largement développés dans les parties 1 et 2 de ce mémoire, que d'envisager ses limites et insuffisances. C'est la prise en compte de ces dernières qu'il convient surtout d'intégrer dans une réflexion sur la continuité du parcours de vie et de santé en vue d'éviter les risques de rupture. Les enseignements à tirer des évaluations réalisées sur les établissements et services du CIAS doivent dès lors s'envisager sous l'angle de leur complémentarité et de coordination dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (3.1.2.1.) mais aussi de la prévention de la perte d'autonomie et de la lutte contre l'isolement social (3.1.2.2.)

3.1.2.1. Les insuffisances et limites de l'offre de services du CIAS pour éviter les ruptures des parcours de vie et de santé

Envisager la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie invite non seulement à s'interroger sur l'adéquation de l'offre disponible mais aussi à identifier les points de faiblesses dans la coordination entre professionnels et les services.

Sans aucun doute la complémentarité de l'offre de services du CIAS aux personnes dépendantes et isolées est-t-elle à même d'apporter une satisfaction aux besoins sociaux et de santé des intéressés. La satisfaction exprimée sur ce point par les élus et le directeur général du CIAS à l'Ouest de Rennes, trouve d'ailleurs un écho parmi la population âgée des communes adhérentes.

Il n'en demeure pas moins que les capacités d'accueil des quatre EHPAD comme celles du SPASAD s'avèrent insuffisantes ainsi que le révèlent les durées d'attente auxquelles sont désormais confrontées les personnes âgées en perte d'autonomie¹⁴¹.

¹⁴¹ Durée d'attente pour une place en EHPAD est de 9 mois ; celle du secteur à domicile est de 39 jours.

Il en est par ailleurs de même pour l'accès aux places en accueil de jour, telles les places en PASA pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Il s'ensuit un manque de formules de répit pour leurs proches aidants qui peut conduire à une fragilisation de ceux-ci.

De son côté, en dépit de son intérêt, le service du baluchonnage ne rencontre guère de succès compte tenu de son coût élevé¹⁴² pour les bénéficiaires. Ce service est effectué par un professionnel du CIAS. Or, à partir du moment où le coût de la nuitée dépasse 60 €, il y a beaucoup de renoncements à ce type de service¹⁴³.

Au-delà de l'insuffisance en capacités de l'offre de services, il ressort également de l'analyse des ruptures de parcours de vie et de santé, que des améliorations seraient souhaitables en matière de coordination et de communication entre les professionnels et les personnes âgées en perte d'autonomie.

L'accompagnement des passages d'un cadre de vie, ou d'un mode de prise en charge à un autre, fait partie des points de vigilance à avoir afin d'éviter des ruptures et des moments anxiogènes parmi les personnes âgées qui sont susceptibles d'entraîner des pertes de capacités cognitives et des troubles dépressifs. Les situations de ce type se rencontrent régulièrement, en particulier à l'occasion des hospitalisations de personnes âgées.

L'analyse des sorties d'hospitalisation montre que c'est la phase où se produisent le plus de ruptures dans le parcours de vie et de santé en ce qui concerne les personnes âgées en perte d'autonomie maintenues à domicile : en effet, un retour à domicile après hospitalisation n'est pas toujours possible compte tenu de l'état de santé de la personne. Il faut donc se tourner vers une structure d'aval, tel un des EHPAD du CIAS de l'Ouest de Rennes mais ceux-ci n'ont pas forcément les capacités d'accueil pour les recevoir de sorte que certaines personnes restent hospitalisées, par exemple au CHU de Rennes, alors que leur état de santé ne le justifie plus.

De même, le retour à l'EHPAD d'un résident hospitalisé d'urgence nécessite d'être mieux organisé. Il arrive le plus souvent que la personne âgée en perte d'autonomie soit traitée par les services d'urgences comme n'importe quel autre patient, avec les protocoles adéquats et dans le respect de la déontologie de la mission d'urgence. Or, cette forme de prise en charge peut se révéler inadaptée à la spécificité du cas de cette personne.

¹⁴² Rémunération horaire en journée : 11€75, horaire de nuit : 17€66, indemnité déplacement 0,30 €.

¹⁴³ Entretien avec S. Blondeau., infirmière coordonnatrice en charge des unités confort à l'EHPAD les Champs Bleus, le 21 avril 2016.

Exemple du cas de l'hospitalisation d'urgence d'Alphonsine

Une résidente de l'EHPAD Les Champs Bleus, Alphonsine, se réveille en sursaut contrairement à son habitude. Il est plus de minuit et elle ne se sent pas bien du tout sans pouvoir vraiment l'expliquer. Conformément au protocole applicable dans l'établissement, l'aide-soignante de garde appelle le centre 15 en expliquant la situation de la résidente au permanencier puis au médecin régulateur. A la suite d'un deuxième appel plus insistant de l'aide-soignante, une demi-heure plus tard, Alphonsine est transférée aux urgences de l'hôpital Pontchaillou du CHU de Rennes. Elle arrive à 1H15 et est mise sous perfusion. L'urgentiste de garde procède à un examen clinique et décide de quelques examens complémentaires. Après deux heures à l'hôpital, l'état d'Alphonsine s'améliore nettement tandis que les examens complémentaires ne révèlent rien de particulier. Il est désormais 3H45. Le médecin hospitalier la renvoie à l'EHPAD, comme il aurait pu envoyer n'importe quel patient à son domicile. Alphonsine se couche finalement à 4H45 du matin, complètement épuisée.

Source : un membre de l'équipe soignante des Champs Bleus

3.1.2.2. La persistance d'insuffisances dans le repérage des personnes en perte d'autonomie et dans la lutte contre l'isolement

Outre le volet relatif à l'accompagnement de la perte d'autonomie, le parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante et isolée suppose également d'y associer le volet prévention lequel est à considérer sous l'angle du repérage des personnes en perte d'autonomie ainsi que sous celui plus novateur, de la lutte contre l'isolement.

Au regard des divers dispositifs complémentaires qu'elle met en œuvre, l'action du CIAS à l'Ouest de Rennes vis-à-vis de ces deux défis est déjà conséquente. Pour autant, compte tenu de la nature et de l'étendue des besoins à couvrir, la réponse du CIAS reste encore d'une portée insuffisante face aux attentes des personnes âgées dépendantes et isolées.

Sans aucun doute la difficulté majeure à laquelle se heurte le CIAS dans le repérage des personnes en perte d'autonomie tient-elle au caractère à la fois complexe et chronophage de cette démarche. « *Aller au-devant de la personne âgée ne va pas de soi, parce qu'elle est fragile, mais aussi parce qu'il y a la nécessité d'établir une relation de confiance avec*

elle »¹⁴⁴. L'observation empirique montre également la nécessité de prendre en compte l'hétérogénéité des personnes âgées concernées ainsi que leurs lieux de vie et leurs entourages. Or, ce sont là des conditions complexes à satisfaire et chronophages.

A cet égard, les aides-soignants et les auxiliaires de vie sociale jouent certes un rôle traditionnellement important dans le repérage des fragilités de la personne âgée à domicile. Mais la croissance de ce secteur d'activité du CIAS ne s'est pas accompagnée d'une formation adaptée pour toute une partie de ces personnels, notamment au regard des troubles psychiques de cette catégorie de population. L'entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en établissement met encore plus l'accent sur ce constat, lequel conduit à s'interroger sur la place reconnue à la lutte contre l'isolement social.

Par-delà les situations individuelles répertoriées et suivies par les services du SPASAD, l'évaluation de la lutte contre l'isolement des personnes âgées et dépendantes est l'occasion d'identifier les zones du territoire du CIAS à l'Ouest de Rennes qui ne sont pas couvertes par l'action des bénévoles de l'association Part'Agés qui s'inscrit dans le cadre de la démarche Monalisa. Comme l'a indiqué en effet, Madame Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat actuellement chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie « nous avons établi trois grands objectifs. Tout d'abord, couvrir les "zones blanches" du territoire : ces zones particulièrement peuplées en personnes âgées, dans lesquelles la densité de population est devenue extrêmement faible. Mais aussi, mobiliser lesancements d'initiatives des différentes associations »¹⁴⁵. Cette déclaration relative à Monalisa fait écho à une préoccupation du CIAS à l'Ouest de Rennes, comme en témoigne la mise en place du Lieu Ressources La Longère à Mordelles, si celui-ci contribue à créer une dynamique particulière sur le secteur de Mordelles, il ne semble pas y avoir de "zones blanches" sur le territoire du CIAS même si les frais de transports peuvent être un frein aux déplacements de certains bénévoles.

3.2- Les préconisations d'améliorations de l'action du CIAS à destination des personnes dépendantes et isolées.

A courte ou moyenne échéance, l'offre de services du CIAS est encore appelée à évoluer afin de contribuer, le cas échéant aux côtés d'autres institutions et acteurs, à l'amélioration du parcours de vie et de santé des personnes âgées dépendantes et isolées. Il semble tout d'abord souhaitable de conforter l'action du CIAS, telle qu'elle est

¹⁴⁴ Entretien anonymisé avec une auxiliaire de vie sociale.

¹⁴⁵<http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/01/28/un-an-apres-son-lancement-monalisa-mobilise-toujours-contre-lisolement-des-personnes-agees736401>

Gisèle HUTEAU

configurée aujourd'hui, en vue d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (3.2.1.). Pour autant, à la faveur d'un contexte sanitaire et social en mutation permanente, le CIAS peut aussi saisir de nouvelles opportunités de développement au bénéfice du parcours de vie et de santé des personnes âgées (3.2.2.).

3.2.1. La nécessité de conforter l'action existante du CIAS autour de deux axes majeurs

Il s'agit plus précisément de faire en sorte d'éviter plus souvent les ruptures du parcours de vie et de santé (3.2.1.1.) et de promouvoir davantage de l'aide aux aidants et la lutte contre l'isolement social (3.2.1.2.).

3.2.1.1. L'accentuation de la prévention des principales causes de rupture du parcours de vie et de santé

Les investigations menées précédemment ont permis d'identifier des points de rupture dans les parcours de la personne âgée, tel est en particulier le cas lors du passage du domicile à un EHPAD ou plus souvent encore, en cas d'hospitalisation. Aussi la volonté d'éviter les ruptures doit-elle conduire à réduire les principales causes d'hospitalisation des personnes âgées : la dénutrition, la chute, la iatrogénie médicamenteuse ainsi que la dépression.

Prévenir la dénutrition et la chute des personnes âgées suppose d'accentuer encore le primo-repérage des personnes âgées à risque. Or, la nature du problème à traiter confronte le CIAS à la nécessité de développer à plus grande échelle la formation non seulement des intervenants professionnels mais également des aidants familiaux pour qu'ils soient pleinement en mesure de détecter les premiers troubles cognitifs. Tel peut être le rôle de l'infirmière coordonnatrice du SPASAD ou du médecin coordonnateur, mais il s'agit d'une tâche de longue haleine. Le financement pourrait néanmoins en être assuré au titre de la formation professionnelle continue.

Une fois le primo-repérage effectué, encore faut-il également que le signalement de la perte d'autonomie de la personne âgée connaisse une suite. Il apparaît souhaitable dans cette éventualité que celle-ci puisse bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie. Cette consultation devrait déboucher sur un plan de prévention prenant en compte l'environnement de vie de la personne, à charge ensuite pour le médecin traitant d'assurer le suivi des recommandations proposées.

Il s'avère également important d'optimiser l'usage des médicaments par les personnes âgées en diminuant la iatrogénie et l'inobservance et en encourageant les échanges

d'informations entre les professionnels. C'est précisément la mission du médecin coordonnateur dont le poste est encore vacant dans les EHPAD du CIAS. Il est d'ailleurs à noter qu'une étude du précédent médecin coordonnateur souligne l'efficacité du PASA en matière de baisse de psychotropes et de moindre recours à l'hospitalisation¹⁴⁶. Or, un certain nombre d'activités offertes aux personnes âgées suivies dans ce cadre à l'EHPAD Les Champs Bleus, ont été supprimées pour des raisons budgétaires alors même que leur pratiques étaient bénéfiques pour les intéressés, tel est en particulier le cas de la zoothérapie. Réintroduire ces types d'activité permettrait d'utiliser pleinement ce levier pour atteindre l'objectif visé. Le financement du coût correspondant (10000€/an) pourrait faire l'objet d'une négociation dans le cadre du futur CPOM compte tenu du retour d'investissement possible pour l'Assurance maladie.

Enfin, la dépression de la personne âgée en perte d'autonomie, qu'elle vive en établissement ou à son domicile, soulève la question du renforcement de l'action du CIAS dans le soutien aux aidants et dans la lutte contre l'isolement social.

3.2.1.2. Le renforcement du soutien aux aidants et de la lutte contre l'isolement

Le soutien aux aidants familiaux et la lutte contre l'isolement social des personnes âgées constituent des priorités pour le CIAS à l'Ouest de Rennes, mais le modèle économique sur lequel ils reposent mérite d'être conforté.

L'activité et les animations du Lieu-Ressources dépendant largement au fait de la mobilisation d'une équipe de bénévoles impliqués, le nombre d'heures effectuées par ceux-ci correspondant à 1,5 poste de salarié du CIAS à temps plein. Même s'il convient de favoriser encore ce bénévolat associatif, en particulier pour développer Monalisa, encore faut-il également doter la structure de moyens de fonctionnement suffisant en dehors de la salariée de La Longère (l'animatrice) et des deux volontaires du service civique. C'est dans cette visée que le CIAS cherche aussi à conclure des partenariats avec différentes institutions, en particulier avec les caisses de retraites complémentaires en vue d'obtenir des compléments de financement.

Enfin, il serait utile d'intégrer Monalisa dans les modes de coordination et d'intégration que sont les CLIC et la MAIA en vue de faire mieux connaître cette démarche aux personnes âgées et aux professionnels du secteur médico-social.

Sans doute serait-il possible encore d'ajouter quelques autres mesures pour améliorer la configuration à l'échelle de l'offre de services du CIAS, mais l'ampleur du défi est conforté au regard du parcours de vie et de santé des personnes âgées, appelle de nouvelles perspectives.

¹⁴⁶ Jouatel (L.), Efficacité d'un PASA. Critères et évaluation à 1 an, juin 2012. p. 94.

Gisèle HUTEAU

3.2.2. L'opportunité d'ouvrir de nouvelles perspectives pour améliorer le parcours de vie et de santé des personnes âgées

Le pôle « Gériologie-Handicap » du CIAS à l'Ouest de Rennes s'inscrit dans un environnement évolutif, et les orientations qui sont les siennes doivent se référer aux différents paramètres susceptibles d'impacter son activité. Le CIAS doit ainsi être en "veille", à l'affût de toute évolution de son environnement susceptible d'améliorer le parcours de vie et de santé de la personne âgée. Il en est ainsi des appels à projet comme celui susceptible de concerner le projet éventuel d'une unité d'hébergement renforcée (3.2.2.1.), ou encore, des potentialités offertes pour les technologies de l'information et de la communication (3.2.2.2.).

3.2.2.1. Une proposition en attente d'un appel à projet ARS : la création d'une unité d'hébergement renforcée à l'EHPAD Les Champs Bleus

Outre une extension du nombre de places en PASA afin d'en permettre l'accès à d'autres résidents que ceux de l'unité de vie protégée, il serait également judicieux pour l'EHPAD Les Champs Bleus de disposer d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) pour les personnes âgées souffrant de troubles sévères du comportement et traversant une période de crise.

S'engager dans cette voie suppose non seulement le lancement d'un appel à projet de l'ARS mais aussi plus fondamentalement, de pouvoir appréhender quelle pourrait être la place à l'avenir de cette UHR dans la filière gériologique qui s'esquisse progressivement dans les faits sans avoir pour l'instant l'existence officielle¹⁴⁷. La mise en place d'une UHR n'a de sens qu'au regard de l'organisation du parcours de vie et de santé des personnes concernées, envisagée à la fois en interne et avec les autres institutions et acteurs de santé. En effet, ce type de structure a vocation à accueillir des résidents d'EHPAD du CIAS ou venant de l'extérieur.

Parallèlement à l'interrogation touchant à l'environnement social et sanitaire dans lequel s'inscrit ce projet éventuel d'UHR, la question se pose également de savoir quelle peut-être sa faisabilité pour l'EHPAD Les Champs Bleus.

En la matière, cet établissement dispose d'atouts conséquents dans la mesure où la configuration de son ensemble immobilier est déjà adaptée à la mise en place d'une UHR, et qu'il comporte déjà une partie des compétences en personnel nécessaires, même si des recrutements complémentaires seraient à prévoir, ainsi que des formations spécialisées dans le cadre du plan de formation annuel.

¹⁴⁷ Néanmoins comme évoqué en partie 2, l'ARS de Bretagne envisage à terme l'institution de filières gériologiques dans le prolongement des filières gériatriques hospitalières.

L'intérêt pour l'EHPAD Les Champs Bleus de disposer d'une UHR serait de se voir attribuer une enveloppe financière supplémentaire compte tenu de l'existence d'un taux d'encadrement plus élevé en UHR afin de répondre aux normes fixées par la Haute Autorité de Santé.

Par ailleurs, le passage en UHR des personnes âgées ne devant être qu'une étape de leur parcours, encore conviendra-t-il de prévoir pour elles un projet de sortie en lien avec les familles des intéressés.

3.2.2.2. Les potentialités offertes par les technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé

L'intégration des technologies de l'information et de la communication dans le cadre des activités du CIAS n'est pas nouvelle puisqu'elle est déjà utilisée couramment comme l'illustrent entre autres le service de téléalarme qui permet de lancer une alerte en cas de chute de la personne âgée à son domicile, ou encore, l'usage de logiciels pour faire le suivi des soins.

De façon plus novatrice, le CIAS a récemment entrepris de mettre un dispositif de télémédecine destiné aux résidents des EHPAD, voire par la suite aux personnes âgées dépendantes en situation de maintien à domicile. Malheureusement, ce projet semble être arrêté dans la mesure où l'infirmière ayant la compétence pour le piloter a démissionné de son emploi au CIAS pour rejoindre un cabinet de Consulting. Il serait néanmoins souhaitable que l'idée d'un service de télémédecine puisse voir le jour dans un prochain avenir. Grâce à la téléconsultation, il devient ainsi possible de limiter les hospitalisations inutiles et traumatisantes de personnes âgées en perte d'autonomie et de garantir un meilleur suivi médical de patients le plus souvent atteints de polyopathologies.

Enfin, ces nouvelles technologies de l'information et de la communication sont à même de fournir au CIAS des outils pour enrichir la communication entre les personnes âgées en perte d'autonomie, les intervenants professionnels, les familles et les bénévoles associatifs.

Ainsi, il y a déjà dix ans, une animatrice en EHPAD du CIAS de l'Ouest de Rennes avait déjà sollicité le Président du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine pour lui exposer un projet destiné à utiliser les technologies de l'information et de la communication au profit du lien social de la personne âgée en perte d'autonomie. Comme elle l'écrivait à l'époque, « *Ces outils de communication, utilisés de façon adaptée peuvent constituer pour les personnes âgées un moyen d'entretenir des liens avec l'entourage et le monde extérieur, de conserver et développer leurs capacités intellectuelles et sensorielles. Enfin, ils peuvent également contribuer au développement des relations intergénérationnelles en restaurant*

des rôles de participations, d'expression, et d'échanges »¹⁴⁸. Or, s'il est resté en l'état, ce projet a été suivi plus récemment d'une autre initiative en 2015 avec la soumission du CIAS à un appel d'offres de la CNSA concernant la tablette d'entraide des aidants à domicile.

Il ne reste plus maintenant au CIAS de poursuivre son implication dans cette voie d'avenir, certes parfois coûteuse au plan financier dans un premier temps, mais pouvant ensuite conduire à la réalisation d'économies dans la prise en charge de la perte d'autonomie.

Par ailleurs, en permettant aux personnes âgées de s'inscrire dans un parcours de vie et de santé "connectés", les nouvelles technologies participent à changer la représentation collective du phénomène du vieillissement.

¹⁴⁸ Lettre de Valérie Chaussepied à Monsieur le Président du Conseil général d'Ille et Vilaine en date du 13 février 2006.

Analyse réflexive

4- Analyse réflexive de la mission

Parmi les enseignements dispensés au cours du 1^{ier} semestre de la scolarité du Master 2 « Pilotage des politiques et actions en santé publique », ceux relatifs à la thématique du parcours de santé et de la coordination des soins ont suscité plus particulièrement mon intérêt, compte tenu de leurs enjeux pour la qualité des services de santé et médico-sociaux.

Sans doute est-ce la première raison qui a guidé mon choix de stage. Je souhaitais aller à la découverte d'un secteur où les questions en lien avec cette thématique se trouvent posées avec acuité : tel pouvait être le cas du secteur médico-social pour les personnes âgées. Une seconde raison sans doute moindre tenait au fait qu'en dépit d'un parcours professionnel déjà riche dans le champ sanitaire et social, je n'avais jamais eu l'occasion de découvrir les institutions médico-sociales bien qu'elles jouent un rôle croissant dans les politiques sociales et de santé.

C'est grâce à Monsieur Alain Piton, Président du Conseil d'administration du CIAS à l'Ouest de Rennes, ainsi qu'à Monsieur Jacques Thomas, Directeur général, et Madame Yolande Briand, Directrice générale des EHPAD, que ce projet de stage a pu devenir une réalité. J'ai en effet été accueillie du 22 février au 15 juillet 2016, soit pendant 21 semaines, au Pôle « Gérontologie-Handicap » du CIAS, plus précisément à l'EHPAD "Les Champs Bleus" lequel est un établissement spécialisé pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

A mon arrivée dans cet EHPAD, le propos évocateur de Madame Briand, « *c'est un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soins où l'on vit* » m'a permis d'en appréhender tout de suite la spécificité. J'ai pu alors comprendre toute la signification à donner à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles qui a classé les EHPAD dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux : elle conduit à considérer l'accompagnement social de la personne et sa qualité de vie comme une préoccupation aussi importante que celle de la prise en soins.

Une conception aussi globale de la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées en établissement interroge également quant à son extension à celles en moyenne moins âgées, qui sont en situation de maintien à domicile. Avec, il est vrai, pour ces dernières, la nécessité de prendre davantage en considération le problème

Gisèle HUTEAU

de l'isolement social en vue de leur garantir une meilleure qualité de vie. Or, en la matière, le CIAS à l'Ouest de Rennes se singularise au plan national par des réalisations particulièrement remarquables : l'exemple le plus probant en est constitué par la mise en place du Lieu Ressource « La Longère », laquelle a ensuite permis au CIAS de jouer un rôle de pionnier dans la dynamique Monalisa. C'est pourquoi, sur une suggestion de ma directrice de mémoire, Madame Marie Aline Bloch, professeure à l'EHESP, j'ai élargi mon sujet d'étude en vue d'envisager le parcours de vie et de santé de la personne âgée en perte d'autonomie.

4.1- Mon stage à l'EHPAD « Les Champs Bleus » : une immersion dans la vie d'un établissement pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

4.1.1- La découverte de la vie quotidienne de l'EHPAD

A partir des quelques indications orales et des documents fournis par la directrice (guides, documents d'enquêtes, projet d'établissement), je me suis tout d'abord familiarisée avec les règles de fonctionnement de l'EHPAD afin de pouvoir trouver mes points de repères.

L'EHPAD des Champs Bleus est avant tout une structure de production de services médico-sociaux insérée dans une organisation plus générale, celle du CIAS, laquelle distingue parmi ses trois pôles d'activité, le Pôle "Gérontologie-handicap", lui-même est subdivisé en deux pôles spécialisés, d'une part, le pôle Services à domicile, et d'autre part, le pôle Etablissement réparti sur quatre sites dont l'EHPAD des Champs Bleus. Les services logistiques et financiers (gestion des ressources humaines, comptabilité et finances, marchés publics...) sont centralisés au siège du CIAS de sorte que l'EHPAD des Champs Bleus ne joue qu'un rôle accessoire dans ce domaine, ne disposant que d'une personne pour effectuer les tâches courantes de gestion administrative et financière.

Plus concrètement, je me suis rendue dans les différents services de l'EHPAD pour rencontrer les personnels et les résidents : les unités confort pour les personnes les plus en perte d'autonomie ; les unités de vie protégées qui sont plutôt destinées aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, à un stade modéré à sévère ; ainsi que l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et le pôle d'activités et de soins adaptés. Alors simple spectatrice, mon goût pour la proximité m'a

conduite non seulement à parler avec les résidents, mais aussi à échanger avec les personnels (infirmière, aide-soignante, auxiliaire médico-pédagogique ...) lesquels m'ont réservée le meilleur accueil, acceptant de répondre aux questions qui me venaient progressivement à l'esprit. J'ai pu ainsi mieux appréhender leurs métiers respectifs et leurs difficultés à les exercer au quotidien.

Par-delà cette première initiation, la visite des services de l'EHPAD fut aussi l'occasion de quelques grands moments d'étonnement. Je me souviens avoir été surprise d'entendre un résident s'exclamer « *Emmenez-moi ...Salope !* » d'une voix forte lors des passages des aides-soignantes dans un couloir. Atteint de troubles cognitifs très importants, il répétait les mêmes paroles en boucle toute la journée, malgré les remontrances de son épouse, elle aussi en résidence à l'EHPAD. Un autre motif de surprise tient au fait que certains membres du personnel tutoient des résidents pour créer un climat de confiance et de sécurité plus fort, à telle enseigne que le tutoiement pourrait être considéré comme un levier de la qualité des soins pour certaines personnes âgées. Plus grand encore a été mon étonnement dans une toute autre circonstance : à l'occasion du décès d'une résidente, une partie du personnel a fait une haie d'honneur au moment où le cercueil était en train de quitter l'établissement pour trouver place dans le véhicule funéraire.

Au fur et à mesure du déroulement de mon stage, j'ai également eu l'opportunité de participer à des réunions avec la directrice générale sur les sites des autres EHPAD du CIAS et d'y rencontrer les autres directrices. Ainsi il m'a été possible non seulement d'avoir une vision plus concrète de la spécificité de ces établissements, mais aussi de mieux cerner la place de chacun d'eux dans la palette de réponses offerte aux personnes en perte d'autonomie.

Enfin, à ma demande, j'ai pris rendez-vous avec le directeur des services du maintien à domicile ainsi qu'avec l'équipe du Lieu Ressource La Longère, y compris avec les bénévoles associatifs, à partir du moment où le sujet de mon mémoire s'est élargi à la prise en compte de l'isolement social.

Or, si le fait de visiter des services d'établissements ou de s'entretenir avec des résidents et des membres du personnel, permet de mieux saisir la réalité de la vie quotidienne dans les EHPAD, cela ne suffit pas néanmoins à une appréhension complète de leurs enjeux de gestion. C'est pourquoi j'ai pris un vif intérêt à participer à différentes instances et commissions lesquelles m'ont fournie l'occasion de mieux en prendre conscience.

4.1.2- Une prise de conscience des enjeux de gestion de l'EHPAD à la faveur d'une participation à certaines instances

Sans aucun doute convient-il de mettre en avant parmi les instances auxquelles j'ai participé, le Conseil de vie sociale (CVS) : il s'agit d'une instance consultative qui a pour objet de constituer un lien d'échanges et d'expression entre d'un côté, la direction de l'EHPAD et des représentants du Conseil d'administration, et de l'autre, les résidents et leurs familles, sur toutes les questions concernant le fonctionnement de l'établissement. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de présenter au CVS, un mois après le début de mon stage, en collaboration avec la directrice générale des EHPAD, une enquête de satisfaction se rapportant aux résidents et aux familles dont j'en avais fait l'analyse et la synthèse.

J'ai également participé à certaines des réunions que la directrice de l'EHPAD Les Champs Bleus organise périodiquement à destination des personnels. Leurs ordres du jour reflètent bien les préoccupations ambiantes au sein de la structure : le plan de soins, la prévention du risque de maltraitance et le développement de la bientraitance, le plan canicule, la recherche d'économies, etc.

Au sein du Pôle « Gérontologie-Handicap » du CIAS à l'Ouest de Rennes, il existe deux commissions au sein desquelles l'EHPAD les Champs Bleus est représenté, et où j'ai été invitée par la directrice générale des EHPAD : la commission d'hébergement pour décider des admissions dans les établissements du CIAS ainsi que la Commission de gérontologie, composée notamment du Président et du Directeur général du CIAS, dont les délibérations ont le plus souvent un caractère stratégique : la séance à laquelle j'ai assisté fut l'occasion de faire le point sur le devenir d'un des EHPAD ou de faire le point sur l'objectif de retour à l'équilibre financier.

L'analyse des discussions dans ces instances et commissions évoque les limites du postulat sous-jacent selon lequel il serait possible d'accroître quantitativement et qualitativement l'offre de services aux personnes âgées tout en devant faire face à des contraintes financières toujours plus fortes. De surcroît, il ressort que l'EHPAD Les Champs Bleus à l'instar des autres établissements du même type est confronté à une succession de normes législatives et réglementaires, de plans gouvernementaux, de schémas régionaux ou départementaux auxquels ils doivent s'adapter en permanence en vue de garantir leur avenir. Les EHPAD se trouvent certes soumis à de nouvelles exigences avec l'avènement de ce contexte, mais ils peuvent aussi trouver dans les réformes en cours des opportunités à saisir au profit de leur développement.

J'ai vraiment apprécié l'attachement des élus et des directeurs rencontrés aux valeurs du service public. C'est en vertu de celles-ci que les EHPAD du CIAS à l'Ouest de Rennes accueillent les personnes âgées en perte d'autonomie sans autre considération que la prise en compte de leurs besoins. Tel est le cas en particulier des personnes bénéficiaires de l'aide sociale qu'aucun EHPAD privé n'a accepté en raison de l'insuffisance de leurs ressources.

4.1.3. La prégnance d'un défi majeur : le retour à l'équilibre financier de l'EHPAD

En dépit d'un taux d'occupation de près de 100%, le discours du Président du Conseil d'administration du CIAS ne manque jamais de souligner un défi majeur auquel l'EHPAD Les Champs Bleus et les services de maintien à domicile sont confrontés depuis ces dernières années : le retour à l'équilibre des comptes face à la persistance d'un déficit¹⁴⁹.

Plus précisément, l'analyse du compte administratif de l'EHPAD Les Champs Bleus fait ressortir que les déficits constatés au cours des dernières années, et couverts jusqu'ici par des prélèvements sur les réserves, s'expliquent principalement par le déséquilibre de la section soins, et secondairement, par celui de la section dépendance. Il est à noter en revanche que la section hébergement est en équilibre.

Même s'il s'agit d'un objectif incontournable, je suis tout d'abord restée perplexe quant à la possibilité de réaliser le retour à l'équilibre financier, à défaut pour les gestionnaires de pouvoir disposer de tous les leviers d'action nécessaires. En effet, ce n'est pas le CIAS à l'Ouest de Rennes, qui détermine lui-même les tarifs des prestations aux résidents de l'EHPAD Les Champs Bleus, mais les autorités tutélaires (ARS, Conseil départemental). Quant aux dépenses, elles sont déterminées en grande partie par des décisions prises par d'autres autorités. C'est particulièrement le cas pour les charges de personnel (premier poste de dépenses) compte tenu du statut de la Fonction publique territoriale. Il n'est pas non plus possible d'accroître le volume de l'activité de l'établissement dans la mesure où le taux d'occupation avoisine les 100 % des capacités d'accueil.

Toutefois, la prégnance de l'objectif de retour à l'équilibre financier et l'enjeu qu'il recouvre pour l'avenir de la structure, m'ont amenée à ne pas céder à une vision fataliste des choses, mais à m'intéresser au débat sur la gestion au sein du CIAS, et surtout, à approfondir de ma libre initiative, ma réflexion sur le sujet, sans perdre de vue mes

¹⁴⁹ CIAS, Editorial de Rapport d'activité 2015, p. 3 : « un sujet reste très préoccupant : celui de l'équilibre financier »

préoccupations en rapport avec l'action du CIAS sur le parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante et isolée.

Il m'apparaît certes opportun de poursuivre un effort de maîtrise des dépenses mais en portant une attention soutenue à la question de l'absentéisme du personnel pour raison de santé. Il s'avère en effet que l'EHPAD Les Champs Bleus et plus généralement les autres EHPAD du CIAS, enregistrent un taux d'absentéisme élevé (15%) soit le double du taux moyen dans ce type d'établissement (7,5%)¹⁵⁰. Surtout, depuis 2011, ce taux élevé est entretenu par une progression significative de l'absentéisme de courte durée et multifactoriel¹⁵¹ lequel est de surcroît imprévisible. Il concerne principalement les agents de services et les aides-soignantes.

C'est précisément vis-à-vis de ce phénomène qu'il conviendrait de prendre des mesures correctives, en raison certes de son impact financier, compte tenu du maintien des traitements des fonctionnaires¹⁵², mais aussi parce qu'il affecte l'organisation du travail au sein des services de l'EHPAD ; d'autant plus, que j'ai observé à partir de mon lieu de stage, que la recherche de remplaçants est à la fois chronophage pour la directrice et l'assistante de direction. Plus encore, un tel absentéisme peut avoir des conséquences préjudiciables sur la qualité de l'accompagnement des résidents alors même qu'il s'agit de personnes fragiles.

Or, si le bandeau de présentation du pôle "Gérontologie-Handicap" dans le rapport d'activité du CIAS 2014 fait mention de « *mesures à formaliser pour lutter contre l'absentéisme* »¹⁵³ force est de constater qu'elles ne sont guère perceptibles à l'épreuve des faits. Interrogée à plusieurs reprises à ce sujet, en particulier lorsque des absences imprévisibles de personnels se faisaient cruellement sentir, la directrice de l'EHPAD des Champs Bleus, par ailleurs Directrice générale des EHPAD, ne s'est guère montrée loquace en dépit de mon insistance, m'apportant toujours la même réponse implicite : « *Les agents sont en contact avec des personnes âgées polypathologiques, de plus en plus dépendantes avec un GMP élevé* ». J'ai eu d'ailleurs l'impression à tort ou à raison qu'elle pensait que l'absentéisme maladie du personnel était une fatalité en EHPAD. Tel n'est pas mon point de vue. Des pistes d'action existent pour contrecarrer l'absentéisme de courte durée d'origine multifactorielle et elles devraient être mises en œuvre dans l'optique à la fois de le prévenir et de le réduire. Il me semble d'ailleurs que la prise en

¹⁵⁰ Soit un taux d'absentéisme moyen en EHPAD (public et privé) 1,3 fois plus important que la moyenne dans le secteur de la santé (source : KPMG, Observatoire des EHPAD, avril 2014).

¹⁵¹ CIAS, Rapport d'activité 2013, p. 17. Ces informations sont corroborées les années suivantes par les éléments statistiques recueillis.

¹⁵² En cas d'arrêt de travail maladie, le CIAS maintient les traitements des fonctionnaires titulaires et stagiaires. En revanche, les personnels contractuels relèvent du régime de droit commun..

¹⁵³ CIAS, Rapport d'activité 2014, p. 19.

compte de la qualité de vie au travail constitue une approche intéressante dans la mesure où elle permet, parallèlement à l'adoption d'un plan de lutte contre ce type d'absence, d'intervenir à titre préventif sur les risques corporels et médico-sociaux auxquels les personnels de l'EHPAD peuvent être exposés dans l'exercice de leurs activités professionnelles.

La nécessité d'une plus grande efficacité dans le fonctionnement entre autres de l'EHPAD Les Champs Bleus ne doit pas faire oublier qu'il est nécessaire d'agir sur le volet des recettes en vue de favoriser le retour à son équilibre financier. Comme le répète à juste titre le Président du Conseil d'administration du CIAS, Monsieur Alain Piton, « *il est certain que seul le reconventionnement [de la convention tripartite] ou la signature d'un [Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen] (CPOM)¹⁵⁴ permettrait d'arriver à l'équilibre pour cet établissement les Champs Bleus, sous dotés par rapport au niveau de dépendance et au besoin de soins des résidents* ».

S'inscrire dans la perspective de cette négociation suppose de pouvoir établir précisément le lien entre les besoins en soins et en accompagnement, très variables selon les personnes accueillies, et le coût de leur prise en charge. A cette fin, il conviendrait d'établir des typologies de résidents en se référant aux variables discriminantes des grilles AGGIR (appréciation du niveau de dépendance) et PATHOS¹⁵⁵ (appréciation du besoin en soin requis). Or, l'EHPAD Les " Champs Bleus" est aujourd'hui confronté à une vacance du poste de médecin-coordonnateur qui tend à s'allonger dans le temps, à telle enseigne que cette question a été évoquée à la Commission gérontologique à laquelle j'ai assisté. Or, la réalisation du PATHOS est un exercice complexe et demande d'avoir une bonne connaissance de l'état de santé et de dépendance des résidents.

Sans doute s'agit-il là d'une démarche utile pour la négociation d'un futur contrat, mais elle comporte néanmoins un caractère comptable fortement marqué. Au regard de mon sujet de mémoire qui englobe la lutte contre l'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie je reste néanmoins interrogative sur la place qu'il est possible d'accorder dans ce cadre contractuel à des éléments non quantifiables sur le plan monétaire. Plus particulièrement je me demande comment il serait possible de prendre en compte l'accompagnement social effectué par les bénévoles auprès des résidents qui peuvent ainsi contribuer au maintien du lien social et participer au projet de vie : ils n'ont certes

¹⁵⁴ Renard (L.), Contractualisation dans le secteur médico-social, cours Master 2 PPASP, 2015-2016 : Le CPOM est un outil de pilotage majeur pour une meilleure régulation territoriale de l'offre tant sur les plans organisationnels que financiers.

¹⁵⁵ Le PATHOS mesure les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge globale des personnes âgées accueillies. Il s'agit d'une coupe transversale donnant une photographie des soins requis à un moment donné.

pas de coût effectif, mais ne serait-il pas néanmoins opportun en la circonstance d'inciter les EHPAD à recourir à leurs services et d'apporter un soutien financier aux associations à la faveur de quelques crédits budgétaires dédiés pour financer les frais de transports ?

4.2- L'analyse du déroulement du stage et ma perception de stagiaire

4.2.1. L'intérêt des missions accomplies pour l'acquisition de connaissances professionnelles

« *La mise en place d'une démarche qualité au regard de la perspective d'un parcours de santé et de vie de la personne âgée en perte d'autonomie* ». Ainsi était formulé à l'origine le sujet d'étude que je devais réaliser à la faveur de mon stage à l'EHPAD les Champs Bleus. Si l'idée générale en a été conservée, à partir du mois de mai, ce projet a néanmoins été partiellement revu à la suggestion de ma Directrice de mémoire, Madame Marie Aline Bloch en vue d'intégrer également la notion d'isolement social dans le processus de parcours. Mon sujet d'étude changea alors de libellé pour devenir « L'action du CIAS à l'Ouest de Rennes en faveur du parcours de vie et de santé de la personne âgée en perte d'autonomie ».

Ce changement s'explique notamment par le souhait de voir prise en compte Monalisa au motif que le CIAS fait partie des pionniers de la mise en place de cette dynamique. Il en a résulté dans les faits un tournant dans le déroulement de mon stage, même si l'EHPAD Les Champs Bleus est resté mon lieu de rattachement et Madame Briand, mon tuteur de stage. J'ai continué à me positionner en tant que stagiaire à l'EHPAD tout en devant entrer en relation avec les acteurs des services de maintien à domicile au sein du CIAS, ainsi qu'avec les responsables du Lieu-ressources "La Longère", sans oublier bien sûr les bénévoles qui sont engagés dans la dynamique Monalisa.

Très tôt après le début de mon stage, il m'a été demandée de mettre en forme et de finaliser les guides des familles des résidents des différents EHPAD (date de remise le 1^{er} mars). Il s'agissait néanmoins d'une opération essentiellement matérielle ne comportant que quelques points à actualiser. Il m'est d'ailleurs arrivée tout au long du stage d'apporter mon concours pour ce type de travaux à la directrice ou à l'assistante de direction afin de les aider dans l'exécution de tâches quotidiennes.

Une autre mission, cette fois plus intéressante, m'a été confiée juste après, avec pour échéance le 5 mars. Elle a consisté à faire une analyse de l'enquête annuelle de satisfaction menée auprès des résidents des EHPAD et de leurs familles, mais aussi à en faire une présentation auprès du CVS à partir d'un diaporama élaboré en collaboration avec le qualitatif. Ce fut l'occasion d'appréhender concrètement la façon dont la qualité de services peut être perçue par les usagers d'un EHPAD.

Puis du mois de mars au mois d'avril, j'ai travaillé à la mise à jour des règlements de fonctionnement et des contrats de séjour des EHPAD. Sachant que la dernière actualisation de ces documents remontait déjà à plusieurs années, il me fut demandé de tenir compte non seulement des évolutions législatives et réglementaires récentes comme celles issues de la loi de modernisation du système de santé et de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, mais aussi de textes plus anciens à l'exemple de la loi « Hamon du 17 mars 2014 »¹⁵⁶. Cette mission plutôt chronophage m'a amenée à prendre connaissance du cadre juridique complexe dans lequel évolue les institutions médico-sociales et en particulier les EHPAD. Elle m'a également montrée que s'il est le régulateur de la vie commune dans un EHPAD, le règlement de fonctionnement tend aussi au délicat objectif de réaliser un point d'équilibre entre liberté individuelle et sécurité collective.

A la fin du mois d'avril, j'avais réalisé la totalité des missions que la directrice avait prévu de me confier, conformément à la feuille de route qu'elle m'avait remise le jour de mon arrivée à l'EHPAD Les Champs Bleus. Il m'a alors été possible d'avancer dans mes travaux de mémoire dont le libellé venait précisément de changer. J'ai néanmoins toujours souhaité rester disponible pour accomplir toutes les autres missions que Madame Briand pouvait me confier. C'est ainsi qu'elle m'a sollicitée pour élaborer une synthèse sur les événements indésirables et d'en effectuer une présentation au personnel soignant de l'EHPAD du Champs du Moulin.

4.2.2. Les opportunités et les limites d'un positionnement en tant que stagiaire

Sans conteste ce stage a consisté un véritable enrichissement à titre professionnel et personnel. Il m'a permis d'acquérir une vision globale de fonctionnement d'un EHPAD tout en évitant l'écueil d'une vision monolithique puisque le CIAS à l'Ouest de Rennes gère quatre établissements ayant chacun leurs spécificités.

¹⁵⁶ Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation.

De surcroît, l'élargissement de mon sujet d'étude à l'action du CIAS en faveur du parcours de vie et de santé de la personne âgée et isolée fut pour moi une chance supplémentaire puisqu'elle m'a ouvert de nouveaux horizons m'invitant à envisager sous l'angle de sa complémentarité toute l'offre de services du Pôle gérontologie du CIAS ainsi que celle de ses partenaires. J'ai pu ainsi découvrir des réalisations novatrices comme le Lieu Ressource de la Longère et la dynamique Monalisa. Ce fut l'occasion de constater que l'action sociale est un domaine propice aux innovations sociales pour répondre aux besoins des personnes fragiles et notamment, des personnes âgées dépendantes et isolées.

Ne voulant pas toutefois céder au travers d'une vision trop positive, je mentionnerais le regret de n'avoir pas été associée de façon continue au suivi de certains projets (par ex., la démarche projet concernant un logiciel d'échanges d'informations entre les soignants).

Mais, plus fondamentalement, ce stage a confirmé mon intérêt et mon attrait envers le secteur médico-social pour les personnes âgées. Ce fut pour moi une grande satisfaction de mettre mon dynamisme au service de la réalisation des missions confiées, puis de m'investir dans l'élaboration du mémoire. Il me semble du reste essentiel d'être convaincue de ce que l'on fait et de ce que l'on veut faire, car c'est la tenacité qui permet de s'affirmer pleinement dans ce secteur au-delà des quelques moments de « désenchantements » auxquels il est toujours possible d'être confrontée à l'occasion d'un stage.

S'agissant de mes faiblesses ressenties lors du stage, j'ai pu éprouver une difficulté à adopter une posture claire, sans être d'ailleurs vraiment aidée à la faire. Fallait-il que je me considère comme une stagiaire Manager de projet en santé publique ou une stagiaire élève-directeur comme peuvent l'être les étudiants du CAFDES ou de certains Masters ? Pour autant, je me suis facilement intégrée aux équipes de travail de l'EHPAD les Champs Bleus tandis que mon sens relationnel et de la proximité a constitué un réel atout pour nouer le dialogue avec les résidents et favoriser les contacts avec les personnels des services à domicile du CIAS et les partenaires externes.

4.3. L'intérêt du stage au regard de ma projection dans le monde professionnel

4.3.1. Une première appréhension du métier de directeur d'EHPAD

Lors de la phase de réflexion précédant la recherche d'un stage, j'avais pour intérêt de découvrir l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD. S'agissant le plus souvent de structure dites « à taille humaine » (40 à 200 lits), je pensais me faire une première représentation du métier de directeur de cette catégorie d'établissement médico-social. Même si elle a pu être distante au cours de mon stage, l'observation que j'ai pu faire de ce métier, m'a permise non seulement de mieux identifier les différentes dimensions qu'il recouvre, mais aussi et surtout, d'affiner mon projet professionnel dans le secteur de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

J'ai pu tout d'abord constater combien le métier de directeur d'EHPAD, *a fortiori* celui de directrice générale d'EHPAD, en charge de quatre établissements, est un emploi extrêmement exigeant. Celle ou celui qui l'assume, exerce des missions transversales touchant à tous les pans de l'établissement. Il ne dispose en outre que d'une équipe d'encadrement limitée, constituée principalement des infirmières coordonnatrices, en dehors des directeurs de chacun des sites qui sont en réalité des cadres intermédiaires.

Il s'agit d'un métier dynamique qui appelle souvent un management dans l'urgence. Il demande la recherche constante d'un juste équilibre entre les moyens et les besoins, alors même que les tensions budgétaires se font de plus en plus sentir sur les EHPAD et que les résidents et leurs familles tendent à faire montre d'une attitude de plus en plus consumériste. A la tête de plusieurs dizaines de salariés, il doit donner du sens au projet de vie mis en œuvre par l'EHPAD et avoir une vision stratégique pour l'établissement qu'il dirige.

Il y a certes dans le métier de directeur d'EHPAD une dimension managériale et de conduite de projets qui aurait été susceptible de m'intéresser. Toutefois, le regard que je porte sur cette fonction est désormais en partie « désenchantée » : j'ai pu constater à l'occasion de mon stage combien la directrice générale était accaparée à longueur de journée par de nombreuses tâches logistiques : recherches quasi journalière de remplaçants pour pallier l'absentéisme de personnels, sollicitations de toutes natures, le plus souvent pour des motifs futiles. Aussi ne suis-je guère tentée désormais par l'exercice de ce métier. Même si elle ne saurait être figée irrémédiablement à l'avenir, cette impression a néanmoins le mérite de faire mûrir mon projet professionnel.

4.3.2 L'opportunité de mûrir mon projet professionnel dans le domaine des politiques sociales et de santé

Lors de mon stage à l'EHPAD « Les Champs Bleus » et plus encore à l'occasion de mon étude sur le parcours de vie et de santé des personnes en perte d'autonomie, j'ai pu noter que les fonctions de coordination tendaient à occuper une place croissante dans le champ de la prévention et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Plus généralement, toutes les réformes du système de santé et du système médico-social apparues au cours de la période récente convergent dans le sens d'un développement des réseaux d'acteurs et d'institutions en vue de répondre à trois grands objectifs : une approche globale de l'individu, une meilleure satisfaction de ses besoins et une optimisation des ressources financières accordées par les collectivités publiques.

C'est à la faveur de ce contexte porteur pour les métiers de coordination que j'aimerais par exemple exercer une fonction de pilote MAIA, ou d'autres fonctions de coordination, d'animation ou de conseil de préférence dans le domaine des personnes âgées et/ou des personnes atteintes de pathologies chroniques. Il existe en effet aujourd'hui un mouvement de recrutement dans ce sens comme l'indique le fascicule de l'Agence pour l'emploi des cadres (APEC) consacré aux métiers du secteur santé-social : « *les métiers de coordonnateur de pôle, l'émergence des animateurs de réseau ou de responsables du développement ...témoignent de cette évolution* ¹⁵⁷ ».

¹⁵⁷ APEC, Référentiel du secteur sanitaire, social et médico-social, 2014, p. 17.

Conclusion

« L'action du CIAS à l'Ouest de Rennes sur le parcours de vie et de santé de la personne âgée isolée et dépendante ».

Comme le révèlent au fil des pages les développements de ce mémoire, ce sujet d'étude invite plus fondamentalement à interroger à la fois des enjeux de société et de santé publique. Il conduit au travers du prisme de l'action du CIAS sur le parcours de vie et de santé de la personne âgée à envisager la réponse transversale qu'il conviendrait d'apporter à la perte d'autonomie. Sachant en la matière que l'étude de ce processus ne se réfère plus seulement au risque de dépendance entendu dans son acception classique, dans la mesure où elle intègre aussi le risque d'isolement social de la personne âgée dépendante.

Déjà perceptible dans de larges zones de la couronne Ouest de Rennes, le phénomène du vieillissement de la population n'a pas échappé au CIAS. Au cours des vingt dernières années il a développé une palette de services diversifiée dans le cadre de son pôle « Gérontologie et handicap », tout en veillant à leurs complémentarités, en vue d'offrir une réponse graduelle aux besoins sociaux et de santé des personnes en perte d'autonomie. Plus encore, le projet stratégique du CIAS est volontiers tourné vers l'innovation sociale ainsi que l'illustre la mise en place du Lieu de ressources La Longère, afin de fournir un soutien aux aidants familiaux et aux personnes isolées.

Il convient néanmoins d'admettre que la notion de parcours de vie et de santé porte elle-même en germe les limites de l'action du CIAS vis-à-vis des personnes âgées dépendantes et isolées : la logique de parcours de vie et de santé est caractérisée par un processus de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie qui transcende les segmentations traditionnelles entre le secteur social, le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Le corollaire en est la continuité de la prise en charge à laquelle le CIAS participe que ce soit au titre de son action propre, par le biais de ses services à domicile ou EHPAD, ou au titre de son action partagée, en coordination avec les autres institutions et acteurs du champ social et sanitaire qui sont susceptibles d'intervenir sur son territoire.

Sans doute le CIAS s'inscrit-il déjà en grande partie dans cette perspective d'ouverture « hors les murs » à la faveur de la politique gérontologique impulsée par l'ARS de Bretagne et le Conseil départemental d'Ille et Vilaine. Parmi les nombreux exemples de réalisations dans ce sens, il convient plus particulièrement de retenir l'équipe mobile

Alzheimer du Meu (Esame) mise en place en partenariat avec les Centres hospitaliers de Montfort sur Meu et de Saint Meen Le Grand, ou encore, l'adhésion active au CLIC Noroît.

Pour autant, l'évaluation de l'action du CIAS vis-à-vis des personnes âgées en perte d'autonomie révèle des points d'amélioration afin de prévenir des ruptures dans leur parcours de vie et de santé. Elle ne suffit pas en effet à contrecarrer les principales causes et en particulier, les hospitalisations évitables que ce soit pour les personnes hébergées en établissement ou maintenues à domicile. Or, cette situation est non seulement génératrice de coût supplémentaire pour l'Assurance maladie, mais elle occasionne aussi des souffrances pour les personnes âgées concernées et leurs proches.

Au regard à la fois du constat qui vient d'être rappelé, l'action du CIAS à l'Ouest de Rennes sur le parcours de vie et de santé des personnes âgées doit s'attacher non seulement à conforter les réalisations existantes, notamment pour mieux prévenir les ruptures de parcours, mais doit aussi s'inscrire en phase avec les évolutions en cours ou à venir de l'environnement sanitaire et social.

Mais sans attendre plus longtemps, le CIAS s'est déjà positionné en tant que précurseur avec la création du lieu ressources La Longère lequel constitue un point d'ancrage fort pour la dynamique Monalisa. Ne serait-ce pas ce type de structure de soutien aux aidants familiaux et aux personnes seules qu'il conviendrait de généraliser sur l'ensemble du territoire national ? Il faudrait l'espérer d'autant plus que la lutte contre l'isolement des personnes âgées est aujourd'hui érigée par les pouvoirs publics comme une priorité de la politique de la vieillesse.

En tout état de cause, l'engagement du CIAS en faveur de la lutte contre l'isolement des personnes âgées dépendantes est révélatrice de la volonté du Conseil d'administration du CIAS, elle-même relayée par son directeur général, de promouvoir l'Humanitude vis-à-vis des personnes âgées, et plus particulièrement, de celles qui sont en perte d'autonomie.

Ainsi ce fut avec un grand intérêt que j'ai pu découvrir l'ensemble des activités du pôle « Gérontologie-Handicap » à l'occasion de mon stage au CIAS à l'Ouest de Rennes. Cela me permet désormais d'avoir une vision plus complète et une représentation plus concrète d'une fonction de coordonnateur en lien avec le parcours de vie et de santé des personnes âgées dépendantes et isolées.

Bibliographie

OUVRAGES OU CHAPITRES D'OUVRAGES

Bloch (M.-A), Hénaut (L.), *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2014.

Ducalet (Ph.), Laforcade (M.), *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslan, 3^e ed. 2008.

Hardy (J.-P.), Lhuillier (J.-M.) et Thèvenet (A.), *L'aide sociale aujourd'hui*, ESF, 18^e édition, 2015.

Martin (Cl.), « Vieillir autonome : un défi européen » in Martin (Cl.) (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, coll. « Res Publica », Presses universitaires de Rennes et éditions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2003.

Paugam (S.), *le lien social*, PUF, coll. « Que sais-je ? », Paris, 2^e. ed., 2009

Trépiéd(V.), « La détresse psychologique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : les ambivalences du lien de filiation » in Paugam (S.), *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2014.

ARTICLES DE REVUES

Argoud (D.), « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016.

Briand (Y.), « interview de la Directrice générale des EHPAD », *Le Vezinois* (n°51), 2015.

Cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014.

Campéon (A.), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016.

Campéon (A.), « Les mondes ordinaires de la précarité et de la solitude au grand âge », *Retraite et Société*, (n°70), 2015.

CREDOC « Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées », *Consommation et mode de vie* (n° 245), novembre 2011.

Debout (Cl.), « Caractéristiques socio-démographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA », *DREES Etudes et résultats*, (n° 730), juin 2010.

Ennuyer (B.), « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et société*, (n° 145), juin 2013.

Hervy (B.), « Personnes âgées, restaurer le lien social », *La santé de l'homme* (n°363) Janvier-Février 2003

INSEE Bretagne, « Personnes âgées dépendantes en Bretagne : une augmentation potentielle de 40 % à l'horizon 2030 », *Octant Analyse*, (n°35), novembre 2012.

Lalive d'Epinaï (Ch.), Spini (D.), « Le Grand âge : un domaine de recherche récent », *Gérontologie et Société* (n° 123), décembre 2007.

Lettre de l'ODAS, mai 2013.

Le Bihan (B.), « La politique en matière de dépendance en France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, (n° 145), juin 2013.

Lecroart (A.), « Personnes âgées dépendantes : projection à l'horizon 2060 », *Solidarité-santé*, (n° 43), septembre 2013.

Lautman (A.), « La lutte contre l'isolement social des personnes âgées », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016.

Lenormand (Ph.), « Trois questions à Philippe Lenormand, coordonnateur du CLIC Noroît », *le Guide des aînés*, Mairie du Rheu, février 2012.

Loones (A.), David-Alberola (F.), Jauneau (P.), « La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures », *Cahier de recherches* (n°256), CREDOC, décembre 2008.

Perrin-Haynes (J.), « les pathologies des personnes âgées vivant en établissement » in « les personnes âgées en institution », *DREES Solidarité Santé*, (n° 22), 2011.

Piveteau (D.), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », *Revue hospitalière de France*, (n° 544), janvier-février 2012.

Rio (J.-M.), « Un nouveau directeur au service d'aide à domicile du CIAS », Ouest-France, édition de Mordelles, 20 sept 2015.

Serres (J.-F.), « une mobilisation nationale contre l'isolement : la dynamique MONALISA », *Gérontologie et société* (n° 149), 2016.

Thomas (J.), « Retours sur les 2èmes rencontres nationales Monalisa, *Infos CIAS*, n° 45, mars 2016.

Soulier (N.), avec la participation de Weber (A.), « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », (n°771), *Drees Etudes et résultats*, août 2011.

Thomas (Ph.), Hazif-Thomas (C.), Thomas (S.), « la qualité de l'accueil en EHPAD à une personne âgée », *la Revue de gériatrie*, Tome 40 (n° 7), 2015

Trépiéd (V.), « Solitude en EHPAD », *Gérontologie et société*, (n° 149), 2016.

RAPPORTS ET DOCUMENTS OFFICIELS

ARS Bretagne, *Projet régional de santé. Les prises en charge transversales au SROS et au SROMS.*

ARS Bretagne, « Parcours des personnes âgées : la formalisation des filières gériatriques hospitalières est en marche », communiqué de presse, 12 février 2015.

Bachelot (R.), Montchamp (M.-A.), « Préface » in *Synthèse du Débat national sur la dépendance*, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, juin 2011.

Benevise (J.-F.), Léger (A.-M.) et Moyen (H.), *Intervention sociale de proximité et territoires*, rapport IGAS n° 2005025, juillet 2005.

Bizolon Consultants, organisme évaluateur. Rapports d'évaluation externe des établissements et services du CIAS à l'Ouest de Rennes, 2014.

Calvet (L.), « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus » in *Comptes nationaux de la santé*, 2012.

CIAS à l'Ouest de Rennes, *rapport d'activité 2014*, Mordelles, 2015.

CIAS à l'Ouest de Rennes, rapport d'activité 2015.

Collectif «Combattre la solitude » et Bensadon (A.-C), « *Isolement et vie relationnelle des personnes âgées* » septembre 2006.

CNSA, *rapport d'activité 2012*, Chapitre prospectif : Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé, 2012.

Fondation de France, *rapport sur les solitudes*, 2014.

Haut comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse, rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse* présidée par Monsieur Pierre Laroque, La documentation française, 1962.

Jouatel (L.), Efficacité d'un PASA. Critères et évaluation à 1 an, juin 2012.

Plan Alzheimer 2008-2012, mesure 6 et 7 : « *Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile* »

MOOC

Bloch (M.-A.), Les parcours de soins, de santé et de vie in MOOC Comprendre la santé publique et le système de santé, EHESP, 2015.

SITE INTERNET

<http://www.cias-ouest-rennes.fr/pole/gerontologie-handicap/presentation>

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<http://www.partages.org>

www.monalisa.asso.fr

[www.askoria.eu/index.php/deavs-auxiliaire-de-vie-sociale.](http://www.askoria.eu/index.php/deavs-auxiliaire-de-vie-sociale)

Liste des annexes

ANNEXE n° 1 : Grille AGGIR.....	93
ANNEXE n° 2 : Tableaux récapitulatifs sur l'isolement.....	94
ANNEXE n° 3 : Organigramme du Pôle « Gérontologique-Handicap » du CIAS à l'Ouest de Rennes	95
ANNEXE n° 4 : Prix de l'innovation sociale UNCASS	96
ANNEXE n° 5 : Modèles de grille d'entretien générale.....	97
ANNEXE n° 6 : Liste des personnes interviewées	100
ANNEXE n° 7 : Schéma de la filière gérontologique	102
ANNEXE n° 8 : Durée moyenne de séjour dans les différents EHPAD du CIAS.....	103
ANNEXE n° 9 : Procédure du service de la gestion de cas	104
ANNEXE n°10 : Activités du lieu ressources La Longère.....	105
ANNEXE n°11 : La charte d'équipe citoyenne MONALISA.....	106
ANNEXE n°12 : Charte de la personne bénévole.....	107
ANNEXE n°13 : Planning d'activités du PASA.....	109
ANNEXE n°14 : Tableau récapitulatif des avis.....	110

ANNEXE n°15 : Rapport d'évaluation interne n° RAP-QGR-005 SPASAD du CIAS
à l'Ouest de Rennes..... 112

ANNEXE 1 : Grille AGGIR

La grille Aggir permet une évaluation de la perte d'autonomie de la personne en repérant ce qu'elle fait et ce qu'elle ne fait pas seule. « Seule » signifie que l'on exclut ce que font les aidants et les soignants ; en revanche, les aides matérielles et techniques (comme les lunettes, prothèses, fauteuil roulant, poche de colostomie, etc.) sont prises en compte.

La grille distingue six niveaux de groupes iso-ressources (GIR)

Groupe	Description de l'état de la personne âgée
<u>1</u>	les personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, et nécessitant une présence continue d'intervenants.
<u>2</u>	deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
<u>3</u>	regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
<u>4</u>	les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
<u>5</u>	est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et de se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage (<i>non bénéficiaires de l'APA</i>).
<u>6</u>	regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne (<i>non bénéficiaires de l'APA</i>).

ANNEXE 2 : Isolement des personnes âgées

4 Isolement des personnes âgées

	En %					
	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Proportion de personnes âgées sans :						
Activités collectives	72,1	68,6	71,0	71,7	76,7	72,0
Contactés téléphoniques						
Famille	11,3	11,5	12,3	15,9	14,8	13,1
Amis	5,1	5,6	5,9	9,6	9,0	7,0
Voisins	7,9	6,9	8,0	7,9	7,6	7,6
Séjours (famille, amis)	63,1	60,4	62,4	64,6	69,8	64,0
Répartition des personnes âgées selon leur isolement¹						
Bien entourées	3,7	2,4	0,5	0,3	0,1	1,5
Assez bien entourées	51,3	53,0	50,1	44,7	35,0	46,8
Isolées	38,0	38,5	42,5	46,7	53,5	43,7
Très isolées	7,0	6,1	6,9	8,3	11,4	8,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1. Indicateur d'isolement : on compte 1 ou 0 point selon que les personnes sont privées ou non des différents types de contacts cités ; le cumul des points est pondéré par la fréquence (occasionnelle, régulière, permanente).

Source : Enquête CERC 1990

5 Isolement* des personnes âgées selon leur mode de vie

	En %			
	En couple	Sans conjoint		
		Veuves	Autres femmes	Hommes
Bien entourées	2,3	0,7	1,0	0,6
Assez bien entourées	52,3	50,5	25,2	32,4
Isolées	40,1	41,7	50,9	48,4
Très isolées	5,3	7,1	22,9	18,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

* Indicateur d'isolement : voir tableau 4.

Source : Enquête CERC 1990

L'enquête menée par le collectif "Combattre la solitude"⁹³ (de novembre 2005 à janvier 2006, auprès de 4 989 personnes de 60 ans et plus), s'est également attachée à rendre plus lisible cette réalité et tente de dégager des constantes.

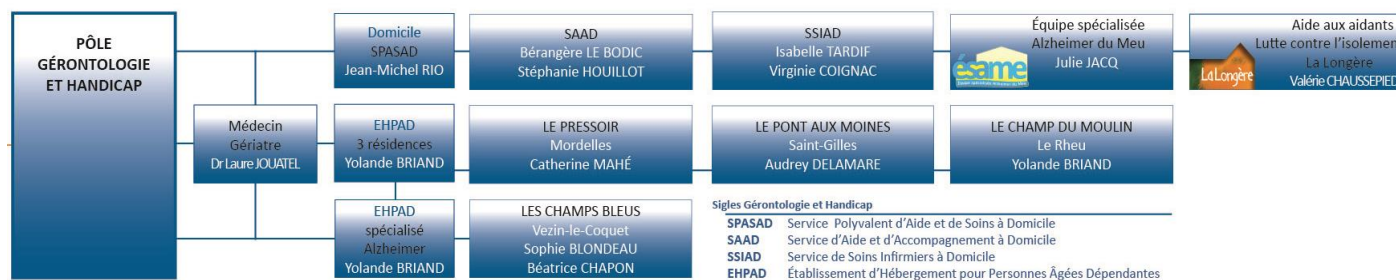
Selon cette dernière, la période 79-83 ans est celle où l'entrée dans la dépendance coïncide de façon plus aigüe avec la problématique de l'isolement.

	Vivent seuls (par opposition à vie en couple)	Ont au moins un problème physique	Ne sortent pas régulièrement	Se sentent seuls souvent ou très souvent
60 à 65 ans	63,7 %	42,1 %	16,6 %	31,4 %
66 à 72 ans	68,4 %	45,4 %	18,8 %	28,2 %
73 à 78 ans	82,3 %	57,3 %	28,7 %	33,5 %
79 à 83 ans	89,8 %	70,9 %	42,6 %	39,1 %
84 à 89 ans	94,2 %	79,1 %	52,4 %	43 %
90 et plus	95,6 %	88,6 %	69,8 %	44 %

⁹³ « Isolement et vie relationnelle des personnes âgées » collectif "Combattre la solitude" A.C. Bensadon, Sept 2006.

ANNEXE n° 3 : Organigramme du Pôle « Gériatologique-Handicap » du CIAS à l'Ouest de Rennes

ORGANIGRAMME GERONTOLOGIQUE Octobre 2015



Source : rapport d'activité 2015

ANNEXE n° 4 : Prix de l'innovation sociale UNCASS

Congrès UNCCAS à Nice le 15 octobre 2014



1^{er} prix de l'Innovation sociale locale 2014
Dotation de 10 000 Euros pour le
CIAS à l'Ouest de Rennes
(lieu-ressource La Longère)



ANNEXE n° 5 : Modèles de grilles d'entretien générale

Thèmes	Secteur du domicile	Secteur des EHPAD	Lieu ressource « La Longère » - aidant – bénévoles- Professionnels	Partenariats-extérieur : Secteur MEDICO-SOCIAL
	PROFESSIONNELS	PROFESSIONNELS	PROFESSIONNELS	Quels sont les liens que vous avez avec le CIAS ? Quelles sont les actions mises en place en collaboration avec le CIAS ? Votre association se déplace-t-elle dans les EHPAD ?
Fonctionnement	En cas d'une liste d'attente importante, qu'elle est votre position ? Quelle est la coordination entre EHPAD, domicile et Longère ? Quelles sont vos préconisations pour améliorer ces différents services ? Quelle est la plus-value du domicile ? Existe-t-il un partage de compétence entre domicile et EHPAD ? Quelles sont les préconisations que vous souhaiteriez mettre en place ? Quelle est la différence entre une infirmière de liaison et une infirmière coordonnatrice ?	Pourquoi y a-t-il autant d'absentéisme au CB ? Existe-t-il un manque de matériel aux CB pour pallier cet absentéisme? Le dispositif d'évaluation mis en place dans les EHPAD tient-il compte de l'isolement des personnes âgées dépendantes ? Quelle est la différence entre une animatrice occupationnelle et une animatrice du PASA ?	Quelle est l'historique de ce lieu atypique ? Quelle en est la plus-value ? Quels sont les relations de ce lieu avec le domicile et les EHPAD ? Quels sont vos partenaires ? Comment les personnes connaissent ce lieu ?	<p style="text-align: center;">Partenariats extérieur : Secteur SANTE</p> Qui doit effectuer la coordination entre le secteur du domicile et le secteur des EHPAD ? Quelles sont les meilleures méthodes pour prévenir les hospitalisations d'urgence pour les personnes âgées maintenues à domicile ou hébergées en EHPAD ? En cas d'hospitalisation, quelles informations transmettre et comment garantir la prise en charge la plus adaptée ? La démarche Monalisa vous est-elle connue ? Quelles préconisations à apporter pour améliorer encore la prévention et l'accompagnement social de la perte d'autonomie en EHPAD ?

Thèmes	Secteur du domicile	Secteur des EHPAD	Lieu ressource « La Longère »-aidant – bénévoles-Professionnels	PARTENARIAT EXTERIEURS
	PROFESSIONNELS	PROFESSIONNELS	AIDANTS-BENEVOLES	ELUS
Isolement	Quelles sont vos actions lorsque la personne a été repérée par vos services ?	Quel est le type d'animations effectuées dans les différents établissements ? Qui peut participer aux animations ? Quel est l'originalité de l'EHPAD les Champs Bleus/aux autres EHPAD ? Avez-vous connaissance du dispositif « MONALISA » ?	Vous sentez-vous isolée ? Comment avez-vous connu le lieu de ressource « La Longère » ? Vous a-t-on parlé de MONALISA ? Qu'est-ce-que cela représente pour vous ? Faites-vous une différence entre l'association Part'Agés et Monalisa ? Quel regard portez-vous entre un salarié du CIAS et vous qui êtes bénévole ? Pourquoi êtes-vous devenue bénévole ? Participez-vous aux formations d'aidants ? A quel moment de votre vie avez-vous ressenti le besoins d'aller vers les autres ? Face à cette solitude, qu'avez-vous modifié dans votre vie ?	Comment sont repérées les personnes âgées dépendantes et/ou isolées ? Quels sont les types de repérages les plus fréquents ? Combien de signalements ont été effectués sur la dernière période de 6 mois sur votre commune ? Une fois que l'on vous a signalé la personne, quel est votre rôle dans la continuité de l'accompagnement ? Quels sont les dispositifs sollicités ? Quels en sont les limites ? Quelles sont les perspectives proches afin de lutter contre l'isolement ? Dans l'avenir qu'elles préconisations pérennes pourraient être envisagées face à l'isolement ?

Thèmes	Secteur du domicile	Secteur des EHPAD	Lieu ressource La Longère - aidant-bénévoles-Professionnels	PARTENARIAT EXTERIEURS
isolement		<p>Quel est le nombre de contacts d'ordre privé, de visites pour les résidents de chaque EHPAD ? Combien de résidents n'ont plus de famille ? Quels sont les bénévoles qui viennent dans chacune des EHPAD :: bénévoles de La Longère ou de la commune et pourquoi ? Des outils informatique sont-ils mis à disposition des résidents afin qu'ils puissent communiquer avec leur famille ? Avez-vous connaissance de Monalisa ? Le parcours de vie et de santé du résident vous paraît-il satisfaisant ? Quels sont les liens entre AJ, AT et UC ?</p>	<p>Comment avez-vous organisé au CIAS ces valeurs d'humanité et d'universalité que porte cette démarche ? Quel soutien financier est envisageable ?</p>	
		<p>Quels sont les liens entre EHPAD et domicile ? Quels sont les liens entre MT et HAD ?</p> <p>AIDANTS- AIDES</p> <p>Quels sont vos liens avec les autres familles, résidents dans l'établissement ? Avez-vous des aides ménagères ou autres ? Que faites-vous pour rompre cet isolement ? Savez-vous pourquoi vous êtes là ? Les activités effectuées vous plaisent-elles ? Vous sentez-vous isolé ?</p>	<p>MONALISA /Visites à domicile</p> <p>Pour vous la solitude et l'isolement sont-elles identique ? Avez-vous envisagé l'après retraite ? Pouvez-vous me donner deux raisons pour lesquelles vous souffrez de solitude ? Votre famille vient-elle vous visiter ? Qui effectue vos courses ? Une évaluation est-elle envisagée ?</p>	

ANNEXE n° 6 : Liste des personnes interviewées

Période	Personnes interviewées	Lieux
	DIRECTEUR GENERAL	
8 juillet	Directeur Général du CIAS	Siège
	SECTEUR « DES EHPAD »	
8 juillet	Directrice Générale des EHPAD	EHPAD
30 juin	Responsable EHPAD « Le Pressoir »	EHPAD
30 juin	Responsable EHPAD « Champ Du Moulin »	TEL
21 avril	Infirmière coordonnatrice « Accueil Jour »	EHPAD
22 mars	Infirmière coordonnatrice « Unité Confort »	EHPAD
14 avril	Aide Médico gériatologue	EHPAD
28 juin	Psychologue	EHPAD
7 juillet	Animatrice	EHPAD
	SECTEUR « DU DOMICILE »	
12 mai	Directeur du SPASAD	Longère
27 juin	Infirmière coordinatrice et de liaison du SSIAD	Siège
29 avril	Médiatrice socio-culturelle : La Longère	Longère
12 mai	Volontaire Service Civique	Longère

PARTENAIRES EXTERIEURS

28 avril	Pilote MAIA	Rennes
25 avril	Responsable CLIC	Rennes
29 avril	Psychologue Plateforme de répit	Rennes
26 avril	Président Association France-Alzheimer	Conf. /Tél
01 juillet	Infirmière coordonnatrice CH Saint-Meen	CH
LIEU RESSOURCES POUR LES AIDANTS « LONGERES »		
13 juin	Président de l'association Part'Agés	Longère
BENEVOLES /AIDANTS/AIDES		
23 mai-15 et 19 juillet	Aidants et bénévole du secteur du domicile (3)	Domicile/Tél
20 mai-21 juin	Aidants en EHPAD (2)	EHPAD
15 juin	Aidé en structure EHPAD (1) – Aidé en structure EHPAD avec une intersection sur le dispositif MONALISA (1)	EHPAD
21 juin		
22 juin-12juillet	Aidés isolés et dépendants au domicile (4)	Domicile
AUTRES : personnes extérieures au CIAS		
	Elus	Siège/EHPAD
30 mars	- 3ème Vice-Présidente du CIAS et 4e adjointe au Maire de Vezin le Coquet en charge à l'Action sociale et solidaire.	
27 juin	- conseillère municipale déléguée au Maire de Le Rheu en charge des personnes âgées et personnes porteuses de handicap	
5 juillet		
14 mai	Médecin traitant	Cabinet
21 mai	Médecin coordonnateur : (extérieur au CIAS)	Cabinet

ANNEXE n° 7 : Schéma de la filière gériatologique



ANNEXE n° 8 : Durée moyenne de séjour dans les différents EHPAD du CIAS

	Champs Bleus	Champs du Moulins	Pont aux Moines	Le Pressoir
Nombre de résidents	74	18	50	48
Age moyen	83 ans	83 ans et 3 mois	83 ans et 5 mois	88 ans et 5 mois
Périodicité	4 ans	entre 3 et 4 ans	entre 2 et 10 ans	entre 2 et 3 ans
Nombre de contacts d'ordre privé/sem (0 à 4 et +)	Moyenne : 1 5 à 6 résidents n'ont pas de contacts réguliers	2	2	tous les jours : 2 familles 1 fois/sem. : 2 familles tous les 15 jours : 43 familles 1 fois /mois : 1 famille
Possède un téléphone	Ceux qui le souhaitent	tous	6	13
Visite de la famille				
-Jamais	0	0	17	0
-N'a pas de famille	2	0	9	2
Visite des bénévoles				
- de la Longère	NON	0	0	6
-de l'EHPAD concernée	5 à 6 (<i>ne viennent pas régulièrement</i>)	5 (<i>3 fois par sem.</i>)	6	
Site Internet	Mise à disposition d'un bureau si nécessaire avec skype	Pas de demande	NON	NON


Sources : Directrice générale des EHPAD (Y.BRIAND) et directrices de site des EHPAD (C. MAHE et A. DELAMARRE)

Gisèle HUTEAU

ANNEXE n° 9 : Procédure du service de la gestion de cas



ANNEXE n°10 : Activités du lieu ressources La Longère



À écouter chanter danser ensemble

MORDELLES VENDREDI 7 MARS

POUR TOUS
RÉSERVATION CONSEILLÉE
02 90 02 36 36

19H30
SPECTACLE GRATUIT

Veillée chansons traditionnelles animée par deux troubadours locaux
Yannick Marquet
Jacques Gallé

ZIQUÉ

La Longère
CIAS à l'Ouest de Rennes - 02 90 02 36 36



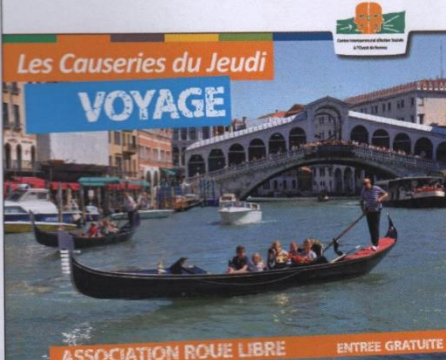

Le Café-Campagne ouvert à tous, vous accueille...

Le Mardi 10h30/12h30 et 14h00/17h30
Le Mercredi 14h00/17h30
Le Jeudi 14h00/17h30
Le Vendredi 10h30/12h30 et 14h00/17h30
Le Samedi 10h30/13h00

Le temps d'une pause ou pour un moment de détente, venez profiter du Café-Campagne. Un lieu convivial et atypique, tenu par l'équipe des bénévoles de Part'ages.

Boissons chaudes
Café / Thé / Chocolat
Jus de fruits
Orange / Multi fruit
Ananas / Abricot
Diabolo ou Sirap à l'eau
Citron / Violette / Menthe
Cassis / Grenadine

La Longère
CIAS à l'Ouest de Rennes - 02 90 02 36 36



Les Causeries du Jeudi VOYAGE

Jeudi 19 décembre 15h00
Conférence Audio-visuel "Voyage"

Reportage audio-visuel retraçant le périple en Italie du Nord de Christian, un voyageur qui aime partager ses expériences où se mêlent rencontres, découvertes et émotions. Une pause donc à La Longère pour découvrir des paysages et des villes comme Milan, la Toscane, Sienne, Florence, Venise...

ATELIERS
Mardi 24 décembre 14h00 à 17h00
Cuisson Céramique façon Raku

Philippe Saulnier [Exposition ÉTATS D'ARBRES actuellement à La Longère] propose une séance de CUISSON CÉRAMIQUE FAÇON RAKU, pour les sculptures réalisées à La Longère. À l'extrémité du passage de La Longère, à l'extérieur entre l'École de Musique et de la Résidence du Pressoir.

NOËL
Vendredi 27 décembre à partir de 15h30
Goûter de Noël

Animation avec **Pierre Chérel** pour redécouvrir quelques chansons françaises de son répertoire, que beaucoup d'entre nous connaissons, et aurons plaisir à reprendre avec lui.

CAUSERIES
02 90 02 36 36

La Longère
CIAS à l'Ouest de Rennes
Place roulotte Entrée - Mordelles




À La Longère en décembre

VOYAGE ASSOCIATION ROUE LIBRE GRATUIT
Jeudi 19 décembre 15h00
Conférence "Voyage"
Reportage audio-visuel. Le périple en Italie du Nord de Christian, un voyageur qui aime partager expériences, rencontres, découvertes et émotions. Milan, la Toscane, Sienne, Florence, Venise...

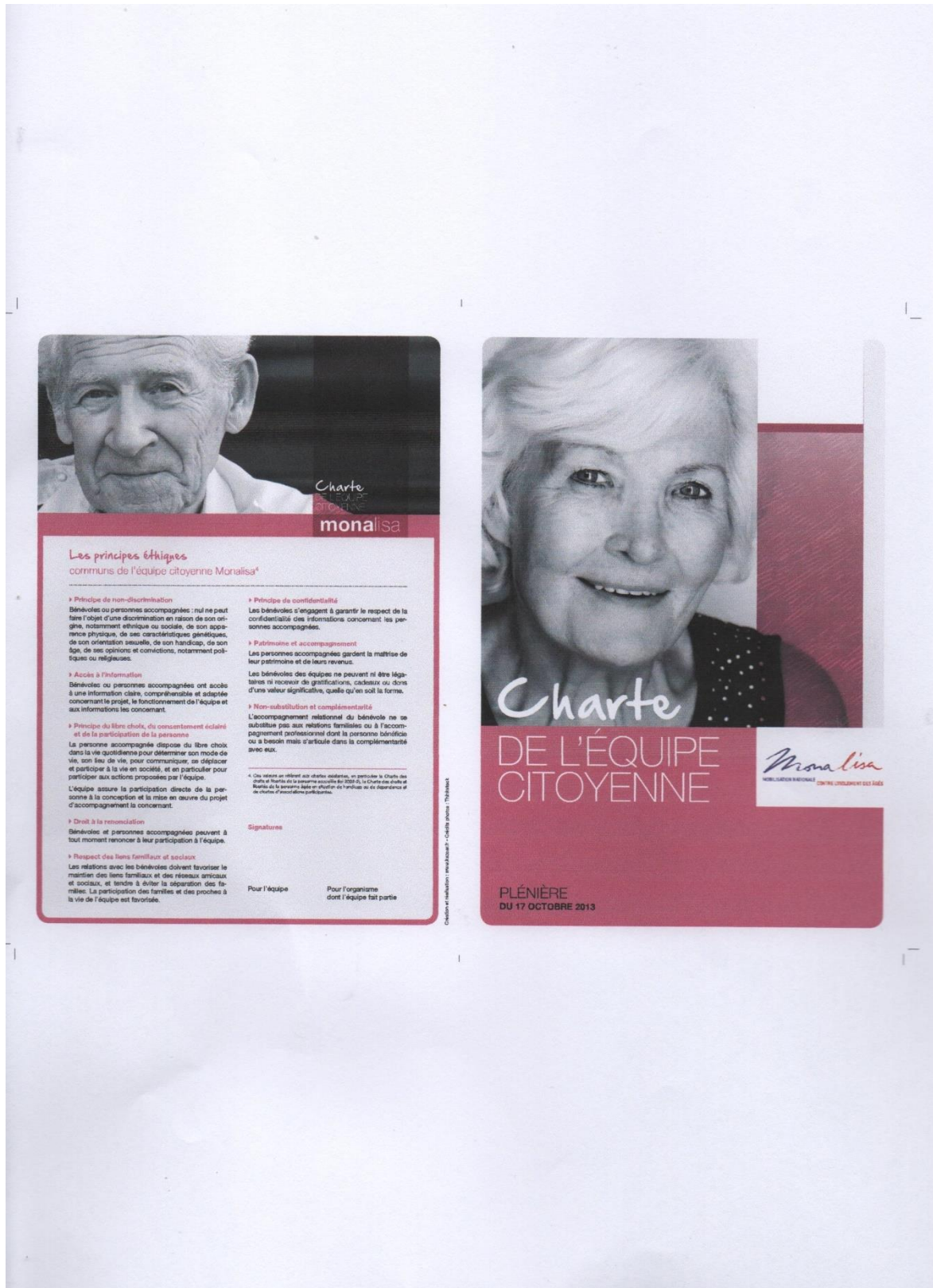
ATELIERS PHILIPPE SAULNIER - CÉRAMIQUE GRATUIT
Mardi 24 décembre 14h00 à 17h00
Cuisson Céramique façon Raku
Philippe Saulnier [Exposition ÉTATS D'ARBRES actuellement à La Longère] propose une séance de CUISSON CÉRAMIQUE FAÇON RAKU, pour les sculptures réalisées à La Longère. À l'extrémité du passage de La Longère, à l'extérieur entre l'École de Musique et de la Résidence du Pressoir.

NOËL CHANSONS FRANÇAISES GRATUIT
Vendredi 27 décembre à partir de 15h30
Goûter de Noël
Fêter ensemble la fin d'année
Animation avec **Pierre Chérel** pour redécouvrir quelques chansons françaises de son répertoire, que beaucoup d'entre nous connaissons, et aurons plaisir à reprendre avec lui.

DÉCEMBRE 2013
02 90 02 36 36

La Longère
CIAS à l'Ouest de Rennes
Place roulotte Entrée - Mordelles

ANNEXE n°11 : La charte d'équipe citoyenne MONALISA



ANNEXE n°12 : Charte de la personne bénévole



Charte des bénévoles

Les E H P A D 1 & 2 gérés par le Centre Intercommunal d'Action Sociale à l'Ouest de Rennes du secteur de MORDELLES et regroupant les établissements suivants :

- Le PRESOIR, 10 rue des Déportés 35310 MORDELLES.
- Le PONT AUX MOINES, 6 rue de la Prouverie 35590 SAINT-GILLES
- Le CHAMP DU MOULIN, 1 rue Jean Moulin 35650 LE RHEU
- Les CHAMPS BLEUS, 1 rue de Belle Ile 35132 VEZIN LE COQUET

permet aux bénévoles, hommes et femmes, volontaires et disponibles, et n'ayant pas de lien de parenté directe avec les résidents, souhaitant apporter leurs concours dans le cadre des actions de vie sociale, de s'engager dans cette démarche. Une concertation préalable avec les responsables d'établissements est nécessaire et doit aboutir à un projet individuel déterminé après avoir accepté les modalités et réserves suivantes :

ARTICLE 1

L'action de bénévolat, par définition ne donne droit à aucune rétribution de la collectivité, et aucune rétribution de la part des résidents. Toute acceptation de pourboires ou cadeaux serait considérée comme abusive.

ARTICLE 2

Le bénévole s'inscrit dans une démarche institutionnelle autour d'un projet d'établissement et d'un projet de vie. Il accepte ces projets présentés et détaillés par le (la) responsable d'établissement.

ARTICLE 3

Le bénévole, après avoir défini avec le(la) responsable d'établissement ses domaines de prédilection dans le cadre des actions de vie sociale, socioculturelle, culturelle ou ludique, et non d'actions de type sanitaire (nursing, soins...), sera accueilli et considéré comme un collaborateur à part entière.

ARTICLE 4

Il ne peut avoir une quelconque attitude directive vis à vis des agents salariés de l'établissement.

ARTICLE 5

Le bénévole s'engage à respecter la dignité et l'intimité des personnes hébergées. Il s'engage aussi à respecter les idées et les convictions des uns et des autres, que ce soit au plan de la philosophie, de la religion ou de la politique, et à ne pas tenter d'imposer ses propres choix.

ARTICLE 6

Le bénévole est soumis au devoir de réserve et s'engage à ne pas diffuser des informations d'ordre privé pouvant porter préjudice aux résidents, au personnel, à l'établissement.

ARTICLE 7

N'étant pas salarié de l'établissement, le bénévole doit avoir contracté une assurance individuelle garantissant sa responsabilité civile (*photocopie à fournir*).

ARTICLE 8

En cas de non respect des engagements à tenir et exprimés dans les articles précédents ou en cas de problèmes constatés par le(la) responsable d'établissement du fait du bénévole, le(la) responsable d'établissement a la possibilité de mettre fin à la collaboration du bénévole en le prévenant au préalable.

ARTICLE 9

Le bénévole n'est pas lié de manière contractuelle avec l'établissement. Il peut donc décider de son propre chef la cessation de son activité, en informant le (la) responsable au préalable.

ARTICLE 10

L'établissement s'engage à mettre en œuvre ce qui est possible pour favoriser le projet du bénévole. L'établissement s'engage à assurer le suivi et l'encadrement de l'équipe de bénévoles par son animatrice, qui définit avec eux régulièrement leur programme d'action.

Fait à MORDELLES, le

Le représentant de l'EHPAD

*Je soussigné(e), Mr/Mme domiciliée à.....
et désirant mener des actions de bénévolat à.....
m'engage à respecter les modalités de la présente Charte dans leur ensemble.*

Fait à, le.....
(mention « lu et approuvé »)

le (la) bénévole
Mr/Mme

ANNEXE n°13 : Planning d'activités du PASA

PLANNING PASA

VERSION LE 17-02-2016

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
10H00					
	ATELIER MÉMOIRE	PREVENTION CHUTE	TAI CHI	MARCHE NORDIQUE	MARCHE EQUILIBRE
11h00	10H30-11H30	10H30-11H30	10H30-11H15	10H45-11H45	11H00-11H30
12H15	repas				
14H30		JARDIN THERAPEUTIQUE ou TISSAGE	BALNEOTHERAPIE 14H30-16H00 1 fois par mois (Soit le lundi, le mercredi ou le vendredi)		COUTURE Semaine impaire 14H30-16H00
	COUTURE Semaine paire 14H30-16H00	14H30-16H00 Semaine paire		ANIMATION	
	ACTIVITE MANUELLE Semaine impaire 14H30-16H00	CULINOTHERAPIE 14H30-16H00 Semaine impaire		POUR TOUS LES RESIDENTS 14H30-17H00	LECTURE ECRITURE 14H30-16H00 Semaine paire
16H00	REPOS DANS L'UNITE	ESTHETIQUE 16H30-17H00 1 fois par mois (Soit le lundi, le mardi ou le vendredi)	REPOS DANS L'UNITE OU PROMENADE		CHANT 16H00-17H00 Semaine paire
	OU PROMENADE		SNOEZELEN 16H30-17H00 1 fois par mois (Soit le mercredi ou le jeudi)	REPOS DANS L'UNITE OU PROMENADE	Gouter d'anniversaire 1 fois par mois Tous les résidents et la famille
17H00	MESSE 16H15-17H15 Semaine paire	CONTES 20H30-21H30			

Gisèle HUTEAU

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – Sciences Po Rennes 2015-2016

- 109 -

ANNEXE n°14 : Tableau récapitulatif des avis



Questionnaires Envoyés	Familles et résidents	Retours	%
	65	32	49,23

Thématiques Familles et résidents	Commentaires
INFORMATION/ GESTION ADM	Que peut-on dire à la personne dans le respect de ses droits sans éveiller colère, souffrance ? (1p)
ORGANISATION SOINS HYGIENE	Manque de réactivité face à des problèmes de santé comme : bronchite, bouchon cérumen (1p) Manque de présence la nuit (2p/17) Malgré les consignes données par les cadres soignants, les aides-soignantes manquent de professionnalisme face à l'hygiène [soins corporels (3p/25) et dentaire (5p/19)] Temps passé dans les toilettes trop long (1h) Manque de psychologue (1p)
PERSONNEL	Personnel paramédical : temps d'attente un peu trop long (4p/29) Présence ou non d'un appareil pour mettre les bas à varices ? (1p) Décompte de la Sécurité sociale : déplacement du kiné à chaque visite, est-ce normal ? (1p) Personnel trop pressé => peu de temps consacré au résident (1p/27)

ANIMATION VIE SOCIALE SOUSHAIT D'AUTRES OCCUPATIONS	<p>Regret de la suppression de la zoothérapie</p> <p>Existe-il un atelier relatif aux fleurs ou autre ?</p> <p>Manque d'un atelier d'art thérapie</p> <p>Pourquoi pas d'activité le vendredi</p> <p>Pourquoi n'y a-t-il pas de TV grand écran dans chaque salle commune ?</p>
CONNAISSANCE DU CVS	RAS
CADRE DE VIE	<p>Chambre trop impersonnelle ; sombre, mal exposée, mal distribuée (d'où le personnel détériore la chambre) prévoir des rideaux plus gais ; +de couleur, cadre en liège pour les photos plus grand, déco au mur, t° trop élevée, l'adapter pour passage de fauteuil roulant</p> <p>-Au niveau des réparations, le bandeau se situant au-dessus du volet roulant n'est pas traité : problème déjà signalé (1p)</p>
LINGE	<p>Amélioration du rangement du linge sur les étagères à prévoir (1p)</p> <p>Le linge est perdu, le délai de retour est trop long, lavé trop chaud, raccourci</p> <p>Avertir la famille quand le linge est usé : n'est-ce pas le rôle de la référente de la famille ? (1p)</p>
INFORMATION D'ORDRE GENERAL	<p>Manque d'information concernant le changement des traitements, tel que les médicaments, la kinésithérapie</p> <p>Pas d'information quand le résident est hospitalisé</p> <p>Pas de présentation du personnel des soins infirmiers</p> <p>Manque d'autorité des cadres de santé face aux aides soignant</p>
REPAS	<p>Assiette parfois peu remplie et mal présentée ; mauvaise qualité des féculents ; manque 1 verre de vin le dimanche, personnel trop speed, aide expéditive non satisfaisante : la cause serait-elle due à un manque de personnel ?</p> <p>Echange de repas lorsque le résident ne prend pas tous ses repas : échange entre le résident/la famille [ex : cas de Mme Forget]</p>
CONCLUSION GENERALE	<p>- Aucune suggestions à faire, car il y a toujours la même réponse : « pas de budget, pas de personnel »</p> <p>-Demande des familles à ce que ce soit l'établissement qui fasse des propositions et non l'inverse</p> <p>-Pas d'implication dans la vie institutionnelle car seul l'ARS décide</p> <p>-On dit trop souvent : « tout va bien »</p>

ANNEXE n°15 : Rapport d'évaluation interne n° RAP-QGR-005 SPASAD du CIAS à l'Ouest de Rennes

4 Auxiliaires de Vie Sociale du SAAD sont référentes pour cette prestation et vont à domicile pour l'installation du matériel et les explications de son fonctionnement.

▪ Répartition des abonnés en 2012 :

Commune/Année	Bréal	Chavagn e	Cintré	Mordelle s	Le Rheu	St Gilles	Vezein	TOTAL
2012	15	7	8	39	24	8	8	109
2011	16	9	11	39	24	11	8	118

2 ELEMENTS DE METHODE

2.1 PROTOCOLE D'ÉVALUATION

2.1.1 Choix d'entrée et temporalité

Le démarrage de l'opération a eu lieu en fin d'année 2012 et elle s'est poursuivie tout au long de l'année 2013 avec une synthèse au cours du quatrième trimestre 2013.

2.1.2 Difficultés rencontrées.

Aucune difficulté n'a été rencontrée. La participation des différents acteurs a été efficace ainsi que celles des responsables.

2.2 LES MODALITES D'IMPLICATION

2.2.1 Composition de l'instance d'évaluation

Le groupe de pilotage a été aussi le groupe de travail, se réunissant une fois tous les mois, il était composé de :

- ✓ la coordinatrice Spasad
- ✓ les responsables du Saad
- ✓ une responsable du Ssiad
- ✓ la responsable de l'Esame

- ✓ un agent du pôle administratif
- ✓ 2 aides soignantes
- ✓ 4 auxiliaires de vie sociale
- ✓ ergothérapeute

Rapport d'évaluation interne.
SPASAD du Cias à l'Ouest de Rennes
SAAD / SSIAD

Page 10 sur 20

NOTE D'OBSERVATION

HUTEAU	Gisèle	13/09/2016
<p align="center">Master 2</p> <p align="center">Pilotage des politiques et actions en santé publique</p>		
<p align="center">L'action du CIAS à l'Ouest de Rennes sur le parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante et isolée</p>		
<p align="center">Promotion 2015-2016</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La prise en charge de la perte d'autonomie constitue un défi majeur pour les politiques locales de la vieillesse , ainsi que l'illustre celle qui est conduite par le CIAS à l'Ouest de Rennes. L'action publique à destination des personnes âgées ne peut se limiter à une seule couverture médico-sociale de leurs besoins, mais elle doit également prendre en considération leur éventuelle situation d'isolement social.</p> <p>C'est d'ailleurs cette double perspective qui sous-tend l'action du CIAS sur le parcours de vie et de santé de la personne âgée. J'ai pu en apprécier à la fois la diversité et l'apport à l'occasion de mon stage à l'EHPAD Les Champs Bleus et plus encore, à l'occasion de ma découverte des autres composantes du Pôle « Gérontologie-Handicap » du CIAS.</p> <p>Caractérisée par l'esprit d'innovation, l'action gérontologique du CIAS à l'Ouest de Rennes en fait un acteur important du parcours de vie et de santé de la personne âgée dépendante et isolée.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Personne âgée - Perte d'autonomie - Dépendance - Isolement social - Centre Intercommunal d'action sociale - service à domicile - Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Aidant familial - Monalisa</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p align="center"><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		