

**DEVELOPPER UN PÔLE RESSOURCES DE PROXIMITE AU
SEIN D'UN EHPAD ET OFFRIR DES PRESTATIONS A
VISEES PREVENTIVES AU DOMICILE**

Gaëlle BEYNAUD

2018

Remerciements

Je remercie mes collègues de l'IRTS et particulièrement trois de mes amies pour tous les bons moments de soutien et de partage.

Je remercie mon directeur de mémoire pour son accompagnement.

Je remercie l'ensemble des équipes de l'EHPAD Raby Barboteau et plus particulièrement la Directrice et l'Infirmière Coordinatrice pour le partage et les bons moments passés.

Je remercie tous les professionnels que j'ai rencontrés.

Je remercie mes ami(e)s pour leur soutien.

Je remercie ma famille et particulièrement mes parents pour tout ce qu'ils m'apportent.

Je remercie Jean Marc sans qui je ne serais pas là.

Sommaire

Table des matières

Introduction	1
1 L’EHPAD Raby Barboteau face à l’évolution des politiques publiques et des besoins des personnes âgées sur son territoire	3
1.1 De la notion de vieillesse au processus de perte d’autonomie.....	3
1.1.1 Les orientations européennes face aux évolutions démographiques.....	4
1.1.2 En France, les politiques publiques liées aux personnes âgées	7
1.2 La population charentaise : les besoins de soutien à domicile liés au grand âge	11
1.2.1 Une population avec une démographie de personnes avancées en âge	11
1.2.2 Des besoins multiples liés à la perte d’autonomie, au niveau économique, pour les proches aidants	12
1.3 L’EHPAD Raby Barboteau	15
1.3.1 Le public accueilli	15
1.3.2 L’histoire et le contexte d’intervention de l’établissement.....	16
1.4 Conclusion de la première partie	23
2 La logique de parcours de la personne âgée : un enjeu de prévention et de répit dans une démarche intégrative	25
2.1 Principe général : illustration des changements induits par la logique parcours.....	25
2.1.1 Elaboration d’une logique de parcours de santé de territoire	27
2.2 Les enjeux majeurs concernant la prévention et le bien vieillir.....	31
2.2.1 Enjeu de prévention : Un cadre et des objectifs.....	32
2.2.2 Les principaux facteurs de risque de perte d’autonomie et/ou de son aggravation	34
2.2.3 La Prévention auprès des proches aidants et les recommandations	34
2.3 Le droit au répit de l’aidant.....	35
2.3.1 La place incontournable du proche aidant	36
2.3.2 Evolution de la prise en compte du répit et du proche aidant.....	40
2.4 La Démarche intégrative : du travail partenarial à la coresponsabilité	41

2.4.1	La coordination des dispositifs et le concept d'intégration	41
2.4.2	Processus d'intégration et évolution du système de santé	44
2.5	Conclusion deuxième partie	46
3	Développer un pôle ressources de proximité au sein d'un EHPAD et offrir des prestations à visées préventives au domicile	47
3.1	L'EHPAD pôle ressources de proximité : articuler le projet avec l'existant .47	
3.1.1	La délimitation du projet.....	47
3.1.2	Mise en œuvre de l'offre de service EHPAD pôle ressources de proximité	53
3.2	Créer les conditions favorables à la transversalité et la coordination des acteurs sur le territoire de l'EHPAD.....	56
3.2.1	Construire une coopération pluridisciplinaire.....	56
3.2.2	Coordonner les professionnels : un levier pour la diffusion de l'information aux usagers.....	56
3.3	Faciliter le recours des personnes âgées aux soins de spécialité.....	59
3.3.1	Organiser et structurer l'équipe mobile de l'EHPAD pôle ressources de proximité.....	61
3.3.2	Favoriser la pluralité professionnelle au profit du soutien à domicile de la personne âgée.....	61
3.4	Faciliter le recours aux alternatives à l'hospitalisation.....	62
3.4.1	EHPAD pôle ressources de proximité : une intervention de l'équipe mobile spécialisée et coordonnée en amont du soutien à domicile	63
3.5	L'Evaluation globale du dispositif	65
	Conclusion	69
	Bibliographie.....	71
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ALD : Allocation Longue Durée

ANAH : Agence Nationale pour l'Habitat (ANAH)

ANAP : L'Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Aide Sociale d'Hébergement

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CA : Conseil d'Administration

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de vie sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESA : L'Équipe Spécialisée d'Alzheimer

ETP : Equivalent Temps Plein

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés non Lucratifs

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : Groupe Moyen Pondéré

HCAAM : Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSEM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAFPAH : Maison d'Accueil Familial pour Personnes Âgées ou Handicapées
MSA : La Mutualité Sociale Agricole
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PCH : Prestations Compensatoire Handicap
PCRD : Programme Cadre de Recherche et Développement technologique
PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour A Domicile
PRISMA : Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie
PSD : Prestation Spécifique de Dépendance
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
RESPA : Réseau Santé Personnes Âgées
RGPA : Réseau Gérontologique du Pays de l'Angoumois
RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmier A Domicile
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale personnes âgées
SROS : Schéma Régional d'Organisation de Soins
UCC : Unité Cognitive-Comportementale
UMSP : Unité Mobile de Soins Palliatif
SWOT : Strengths Weaknesses Opportunities Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)

Introduction

A l'échelle mondiale, l'évolution démographique est un phénomène aujourd'hui parfaitement repéré, objet d'études et de politiques publiques diverses autant que variées. La France n'échappe pas à ce mouvement de fond et connaît depuis deux décennies de nombreuses évolutions relatives à l'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile, incluant leur proche aidant.

D'une façon générale, l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie consiste à aider à vivre le mieux possible tout en maintenant une certaine autonomie et susciter chez elle la continuité et l'envie de faire. Il est important de laisser le choix de diriger sa propre existence et son environnement et ce, quel que soit son degré d'autonomie. Actuellement, 9 français sur 10 souhaitent rester à domicile malgré la perte d'autonomie¹. Aujourd'hui, pour s'inscrire dans cette logique de soutien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie, les possibilités de poursuivre sa vie à domicile dépendront essentiellement de facteurs liés à la situation personnelle comme l'organisation de son habitation, la proximité des commerces et services, l'accompagnement possible par ses proches, ses ressources financières. La logique de soutien à domicile s'appuiera également sur des facteurs externes directement liés aux services et dispositifs dédiés qui l'accompagneront et la soutiendront dans son projet de vie. Depuis 2011 et en réponse aux besoins et aux attentes exprimés par les personnes de son territoire, l'EHPAD Raby Barboteau (RB) s'est inscrit dans une démarche d'adaptation et propose des réponses alternatives à l'institutionnalisation par un Accueil de Jour (AJ) et des places d'Hébergement Temporaire (HT). Ces deux offres de services répondent à une logique de parcours de la personne âgée, pour éviter une rupture sociale, pour préserver l'autonomie et la santé du proche aidant. Aujourd'hui, ces alternatives ne sont plus suffisantes et en concordance avec les sollicitations des Agences Régionales de Santé (ARS) en faveur du pôle ressources de proximité, je vais m'attacher à proposer un projet de prestations à visée préventive pour des personnes âgées vivant à domicile dans un territoire rural.

Pour la réalisation de ce travail, je suis dans la posture du Directeur de L'EHPAD RB sur la commune de Segonzac de 2200 habitants, en plein cœur des vignobles du Cognac. Je vais dans un premier temps vous présenter un diagnostic détaillé, vous apporter des éléments quantitatifs et qualitatifs tirés de mon observation. Puis, dans un second temps,

¹ FRANCE HANDICAP INFO, « *Perte et d'autonomie et financière reste les deux principales préoccupations des français face à la vieillesse* », avril 2017, disponible sur internet : www.france-handicap-info.com

j'apporterai un éclairage sur les concepts théoriques qui étayeront le plan d'action que je détaillerai dans un troisième temps.

1 L'EHPAD Raby Barboteau face à l'évolution des politiques publiques et des besoins des personnes âgées sur son territoire

1.1 De la notion de vieillesse au processus de perte d'autonomie

Les informations recueillies dans un article² paru en 2018, sur un site dédié au rôle des anciens à travers l'histoire retrace avec simplicité le regard porté sur les représentations du vieillissement à travers l'histoire et les différentes cultures. Ainsi les contributeurs au site nous affirment :

« Génétiquement, nous ne sommes pas plus intelligents ou plus forts que nos ancêtres qui vivaient il y a 10 000 ans. Néanmoins, en termes pratiques et biologiques, nous sommes en meilleure forme que nos arrière-grands-parents. »³

Cette base de référence va nous servir à retracer les faits marquants sur la vieillesse. Avant le 20e siècle, l'espérance de vie est inférieure à 60 ans. Ainsi, la longévité est bien moins importante que celle connue aujourd'hui. Au niveau social, une ambiguïté existe dans le sens où la vieillesse inspire à la fois sagesse et prestige, mais aussi décrépitude et souffrance.

De l'Antiquité à la Renaissance, les personnes sont considérées comme vieilles lorsqu'elles ne sont plus en capacité d'accomplir des tâches utiles. Les plus faibles sont considérés comme des fardeaux ou la plupart du temps laissés pour compte.

Aussi, certains utopistes du 16e siècle, Thomas More et Antonio de Guevara⁴ : *« ont commencé à imaginer un monde où les personnes âgées pouvaient choisir entre finir en décrépitude ou mourir dans la dignité »*. Cela témoigne d'une évolution des représentations sur la vieillesse.

En Orient et sous l'influence du confucianisme, une approche collective est en place : le schéma familial est fondé sur les traditions, la hiérarchie et le respect des anciens.

Dans la culture méditerranéenne et latine, le dévouement et le respect est total. Les solidarités familiales s'expriment par les anciens qui veillent et gardent les plus jeunes. Ainsi, les personnes âgées sont entourées et vivent en sécurité jusqu'au dernier souffle de leur vie tout en conservant une utilité sociale.

² STANNAH, « *Le rôle des anciens à travers l'histoire* », Stannah, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://www.stannah.be>

³ CARSTENSEN.L, « *Le rôle des anciens à travers l'histoire* », Stannah, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://www.stannah.be>

⁴ MORE.T & GUEVARA.A, « *Le rôle des anciens à travers l'histoire* », Stannah, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://www.stannah.be>

Enfin, en Occident, l'évolution de notre société a engagé de grands changements, entraînant des modifications importantes sur la place donnée aux anciens. De plus, l'espérance de vie est de 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes⁵. Ainsi, dans le temps les personnes âgées vivaient sous le même toit que leurs enfants qui veillaient sur eux. Aujourd'hui, ils se retrouvent seuls géographiquement et peuvent être en difficultés financières ou sur le plan de l'autonomie, deux motifs principaux d'admissions dans un établissement médico-social. Ce phénomène « d'âgisme⁶ » fait l'objet de l'étude de Georges Minois⁷ : « *toujours et partout la jeunesse a été préférée à la vieillesse. En fait, la culture occidentale moderne est très connue pour sa valorisation individualiste de la jeunesse, l'autosuffisance et l'individualisme* ». En réponse, des principes éthiques sont définis et l'on voit apparaître des textes cadre comme la charte des droits et des libertés⁸ de la personne âgée dépendante qui pose les limites et protège nos aînés.

Ainsi à ce jour, la représentation actuelle ne repose plus sur un état mais sur l'idée d'une progression des effets de l'avancée en âge. Cette progression est repérée en termes de processus de perte d'autonomie dont elle en positionne la connaissance comme un objectif fondamental. Une compréhension des mécanismes de la perte d'autonomie permet de repérer les personnes à risque dans le système de soins, dans la population et ainsi d'être attentif à de nouveaux facteurs de risques. Cela permet d'élargir le champ d'action au-delà du système de santé en analysant le rôle des déterminants socio-économiques dans le processus de la perte d'autonomie. Dans les années 80, la perte d'autonomie progresse plus vite que l'espérance de vie mais depuis les années 2000 elle stagne autour de 61,5 ans pour les hommes comme pour les femmes, alors que l'espérance de vie continue de progresser⁹. Il s'agit là d'un enjeu de santé publique mais aussi économique. En effet, la fragilisation des personnes âgées pousse la réflexion autour de l'économie de la santé en termes de protection sociale et d'efficacité du système de soins.

1.1.1 Les orientations européennes face aux évolutions démographiques

Actuellement, la prise en compte de la vieillesse évolue. En effet, le scandale des conditions de vie dans les EHPAD secoue la France à mesure que les révélations

⁵ CENTRE D'OBSERVATION DE LA SOCIETE, « *L'espérance de vie progresse, les écarts entre femmes et hommes se réduisent* » ; 25 janvier 2018 ; disponible sur internet : www.observationsociete.fr

⁶ LAROUSSE dictionnaire : Attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://www.larousse.fr>

⁷ MINOIS.G, « *Histoire de la vieillesse* », Paris, Fayard, 1987.

⁸ CHARTE des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, publié le 12 janvier 2009, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

⁹ GUIMARD.G, Diaporama – ARS Poitou-Charentes : Journée de préfiguration décembre 2013

pleuvent. Il vient témoigner du sort que nous réservons aux personnes âgées et d'une prise en compte d'autant moins acceptable qu'il s'agit là d'un état qui nous concerne tous.

A) La situation démographique en Europe

Le vieillissement de la population, l'affaiblissement des solidarités familiales ainsi que le travail des femmes font de la prise en compte des personnes âgées dépendantes un problème commun à toute l'Europe. En 2060 l'Europe va compter 517¹⁰ millions d'habitants avec une démographie vieillissante de la population. Selon Eurostat¹¹, la part des personnes âgées de 65 ans et plus, passe de 17% en 2010 à 30% en 2060 et celle des 80 ans passant de 5% à 12% au cours de la même période. En France, la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile est un enjeu de santé publique. Aujourd'hui, près de 850 000 personnes en France souffrent de la Maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neuro dégénérative. Selon l'INSEE¹² (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus dans la population française doit doubler entre 2010 et 2060 pour atteindre environ 8,4 millions de personnes. Le vieillissement de la population dans les états membres du Conseil de l'Europe, représente plus de 60 millions de personnes dites du troisième âge. La récession économique à l'Ouest et les conséquences inhérentes à la transition vers la démocratie à l'Est demande de nouvelles orientations. Le mot d'ordre est de sauvegarder l'autonomie des personnes âgées et leur participation à la vie sociale. En conséquence, un certain nombre de recommandations sont avancées, parmi lesquelles : la garantie d'un revenu suffisant (une fois les personnes retraitées), d'un logement adapté, de soins médicaux, aides et services appropriés ; une adaptation des systèmes de sécurité sociale; le soutien d'ordre financier notamment aux familles, ainsi que la promotion d'organisations politiques et d'entraide des personnes âgées pour la défense de leurs intérêts, de leurs droits et des possibilités de recours adaptés. Les orientations européennes reposent sur une éthique dans la réponse apportée. Pour avancer, la Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées¹³ fait référence à la notion de liberté de choix. En effet, elle indique le droit de mener une vie aussi autodéterminée et indépendante que le permettent les capacités physiques et psychologiques de la personne âgée, de recevoir des conseils et une aide à cette fin. Par ailleurs, il convient d'être attentif à l'entourage de la personne âgée pour veiller au respect

¹⁰ Cercle des Européens, « *Le vieillissement de la population dans l'UE : projection à 50 ans* », 20 juin 2011, disponible sur internet : www.ceuroeens.org

¹¹ EUROSTAT, « *La population de l'UE vieillissante – devrait être au plus haut autour de 2040* », juin 2011, disponible sur internet : www.europaforum.public.lu

¹² INSEE, « *population par âge* », 1 Mars 2016, disponible sur internet : <https://www.insee.fr>

¹³ Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, 2010, disponible sur internet : <https://www.age-platform>

de ses opinions, ses souhaits et de ses choix. La personne âgée doit être consultée et prendre part à toutes les décisions la concernant. Enfin, la personne âgée se réserve le droit de choisir de vivre dans un lieu adapté à ses attentes et ses besoins, que ce soit chez elle ou dans un établissement.

B) La diversité des modèles d'accompagnement en Europe

Le soutien à domicile est une des priorités des pays européens avec une multitude de modèles¹⁴. Toutefois, il est possible d'en isoler quatre :

Les pays du nord, avec le modèle social-démocrate part du principe que les droits sont universels. Ils sont financés par l'impôt. La part du Produit Intérieur Brut dans les dépenses pour la dépendance y est plus importante qu'ailleurs. La Suède et les Pays-Bas limitent la participation du bénéficiaire pour qu'il lui reste un minimum de revenu. Les services sont souvent décentralisés, personnalisés et une attention particulière est portée sur la prévention de la perte d'autonomie.

En Allemagne, le modèle assurantiel est financé par les cotisations sociales. Dans ce pays, l'aide publique n'est pas personnalisée et vient en complément des revenus de la personne et de la famille. L'Allemagne prévoit des dispositions en faveur des proches aidants.

Au Royaume-Uni, le modèle est celui du filet de sécurité. En effet, dans cet état, l'essentiel des prestations n'est délivré que sous conditions de ressources des collectivités locales. Une allocation universelle peut être perçue après 65 ans, mais son montant est infime. Ce système repose sur les revenus personnels et sur les proches aidants.

Dans le sud de l'Europe, les systèmes sont moins développés justifiant que les proches aidants et plus particulièrement la famille tiennent une place importante.

Quelles que soient les différences, la priorité en Europe évolue vers le soutien à domicile, couplé à un libre choix des opérateurs. Il concerne aujourd'hui 70 % des personnes dépendantes¹⁵. Ce revirement est conforme aux souhaits de la population et moins coûteux pour les finances publiques. Par ailleurs, le rôle des proches aidants augmente partout et s'accompagne de la question de leurs congés, d'une formation, d'aides financières... Aussi, la multiplication des acteurs conduit de nombreux pays à réfléchir à une meilleure lisibilité. En Suède et en Allemagne, il existe un coordinateur qui permet aux familles de mieux s'y retrouver. De même, le développement des prestations

¹⁴ Fondation SCHUMAN.R, « *La prise en charge de la dépendance dans l'union européenne* », 28-11-2011, disponible sur internet : <https://www.robert-schuman.eu>

¹⁵ OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

monétaires au détriment des prestations en nature constitue un autre élément de convergence, lié aux contraintes budgétaires.

1.1.2 En France, les politiques publiques liées aux personnes âgées

A) L'organisation progressive de la réponse corrélée aux besoins des personnes

En 1991, le rapport¹⁶ d'information sur les personnes âgées dépendantes « Vivre ensemble » de Jean-Claude Boulard préconise la mise en place d'une allocation dépendance modulée en fonction du degré de dépendance et sous conditions de ressources. En septembre 1991, le rapport de la commission du Plan¹⁷ présidée par Pierre SCHOPFLIN réaffirme quelques grands principes : « *la liberté de choix de la personne, la nécessaire coordination des aides, la primauté de l'aide à la personne, l'indispensable décloisonnement des secteurs sanitaire et social* ». Le 24 janvier 1997, le gouvernement légifère sur les personnes de 60 ans et plus en instituant une prestation spécifique de dépendance (PSD) remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) avec la loi du 20 juillet 2001. La loi 2002-2¹⁸ vient définir un statut aux personnes âgées, personnes en situation de handicap et rénove l'action sociale et médico-sociale. Le 2 mai 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est révélatrice des récentes préoccupations concernant la mise en œuvre concrète d'accompagnement de la personne âgée. Depuis la seconde moitié des années 1990, la politique sociale concernant la personne âgée a évolué à travers un travail reposant sur des diagnostics, des analyses, des évaluations des besoins afin d'établir des réponses adaptées. Les pouvoirs publics ont pris la mesure de ces défis en engageant 3 réformes : la première a répondu aux besoins croissants des personnes âgées dépendantes et de leurs familles par l'instauration d'une aide financière à caractère universel, l'APA. La deuxième a eu pour objet de médicaliser et moderniser le parc des établissements d'hébergement. La troisième a permis d'accroître les sources de financement affectées à la prise en compte de la dépendance et du handicap en instituant une journée de solidarité et crée la CNSA dont le champ d'action s'étend à l'ensemble de la perte d'autonomie.

¹⁶ BOULARD.JC, Juin 1991, Rapport sur les personnes âgées dépendantes : « *Vivre ensemble* », n°2135 déposé le 20 juin 1991, disponible sur internet : www.assemblee-nationale.fr

¹⁷ SCHOPFLIN.P, « *Prestation dépendance* », Rapport sur projet de loi instaurant une prestation dépendance, disponible sur internet : <https://senat.fr>

¹⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 Janvier 2002, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

La réponse actuelle, fondée sur l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)¹⁹ au 1er janvier 2016 entre en vigueur avec les mesures suivantes :

- L'amélioration du quotidien des personnes âgées et de leurs proches aidants
- La reconnaissance et le soutien des proches aidants
- Un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
- Le renforcement de la transparence, de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD
- Une réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées
- Les mesures de financement de la loi : le cap est donné sur les financements prioritaires pour les prochaines années et les évolutions à mettre en œuvre pour répondre aux attentes de la société mais aussi aux enjeux financiers pour l'Etat et les collectivités.

La loi ASV permet une simplification de l'encadrement des services d'aides et d'accompagnement à domicile. Michel LAFORCADE Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine a lancé officiellement le 23 Mai 2016 l'expérimentation PAERPA²⁰ (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Le programme PAERPA fondé sur l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, et s'inscrivant dans le cadre de la stratégie nationale de santé, a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans. L'objectif est d'éviter les ruptures de parcours de soins : *« Il vise en particulier à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux »*.²¹ La logique de parcours encourage le partage des données pour une meilleure coordination de l'accompagnement des personnes âgées à domicile. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)²² avait déjà permis le décloisonnement du secteur sanitaire, social et médico-social. Ces avancées permettent aux personnes âgées de retrouver de l'autonomie dans leur choix de vie et d'accompagnement.

L'évolution des lois permet de faire évoluer l'offre de service des EHPAD et de répondre aux besoins des personnes notamment avec les appels à projets. Aujourd'hui, un appel à

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, Journal Officiel, n°0301 du 29 Décembre 2015. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

²⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Le Dispositif PAERPA, *« Le parcours de santé de nos aînés »*, Mai 2017, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

²¹ AGENCE REGIONAL DE SANTE, *« Qu'est-ce que PAERPA? »*, Décembre 2014, disponible sur internet : www.paerpa-paris.fr

²² MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoire (HPST), Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

projet de l'ARS en Nouvelle Aquitaine permet à l'EHPAD Raby Barboteau de contribuer à la logique de parcours en proposant un soutien à domicile.

B) Les politiques publiques spécifiques liées à la maladie d'Alzheimer

Le premier rapport sur la maladie d'Alzheimer a été publié en 2000 et les consultations mémoires et les centres experts ont vu le jour. Le premier plan Alzheimer apparaît en 2001 en réponse à l'accroissement du nombre de personnes concernées. Un débat éthique a été lancé sur la maladie en 2002. Le plan Alzheimer 2004/2007 poursuit les actions engagées en ajoutant la reconnaissance de la maladie comme une Affection de Longue Durée (ALD) en 2015, le développement de la formation, l'information et la médicalisation des établissements. La canicule de 2003, le plan Solidarité Grand âge est lancé en parallèle. En 2005, un rapport parlementaire est rédigé sur la maladie d'Alzheimer par la députée Cécile GALLEZ qui appelle à la mobilisation. En 2007, la maladie d'Alzheimer devient une cause nationale. Le Plan Alzheimer 2008-2012 est ambitieux, financé à hauteur de 1,6 milliard d'euros avec une priorité pour la recherche, la santé et la solidarité. Le plan Alzheimer appelé « Plan maladies neuro-dégénératives » 2014-2019 inclut les personnes souffrant de pathologies chroniques et dégénératives qui entraînent une perte d'autonomie. Ce plan comprend quatre axes :

- Améliorer la précocité du diagnostic et la prise en compte des malades ;
- Assurer la qualité de vie des malades et des proches aidants (sensibiliser par la connaissance) ;
- Comprendre/prévenir l'apparition des maladies neuro-dégénératives, ralentir l'évolution ;
- Développer et coordonner les recherches

Les orientations et mesures du plan maladies neuro-dégénératives²³ s'inscrivent dans la stratégie nationale de santé et la stratégie nationale de recherche. Elles prennent racine dans les travaux conduits dans le champ du handicap et sur les avancées permises par la loi ASV. Ce plan amène un travail commun entre la lutte contre les maladies neuro-dégénératives et les autres maladies. Cette approche transversale est une innovation entre un plan de santé ciblé sur une maladie et une stratégie globale. C'est sur ce constat que les plates-formes d'accompagnement et de répit sont expérimentées dans le troisième plan Alzheimer. La nouveauté c'est de proposer à la personne malade et à son proche aidant une diversité de services coordonnés à l'échelle d'un territoire. Le cahier des charges du 30 juin 2011²⁴ définit les trois types d'activités proposés par les plates-formes :

²³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, « *Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019* », mise à jour le 15 mai 2017, disponible sur internet : <https://www.gouvernement.fr>

²⁴ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE. Circulaire DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011 relative à la

- des activités d'écoute et de soutien des proches aidants
- des activités pour les « couples aidant-aidé » favorisant le maintien dans la vie sociale
- des activités de répit à domicile

Quelque soit la nature de la compensation financière pour un travail difficile à assumer, aide dans les tâches quotidiennes ou à soutien psychologique, les mesures apportées à l'aidant prennent sens dans une approche globale et individualisée. Un EHPAD qui propose un dispositif de soutien à domicile de l'aidé et du proche aidant tient un rôle charnière dans le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie et de son aidant.

C) Les politiques publiques au niveau régional et départemental

Le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), dans son rapport « Assurance maladie et perte d'autonomie » publié en juin 2011²⁵, évoque la notion de parcours. L'objectif est la qualité des soins et l'optimisation des dépenses pour les personnes âgées et les malades chroniques. La CNSA, dans son rapport d'activité d'avril 2013, présente 13 préconisations au bénéfice du « parcours de vie » des personnes âgées et des personnes handicapées²⁶. Le Plan Stratégique Régional de Santé Poitou-Charentes 2013 (PSRS) pose la priorité dans le domaine du vieillissement de la population « *l'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie*²⁷ ». Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale personnes âgées 2015/2019 (SROMS) qui émane du PRS²⁸ Poitou-Charentes, attire l'attention sur la liberté du citoyen et de la protection de la personne : « *à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité* »²⁹. L'EHPAD Raby Barboteau s'est saisi de cette orientation : depuis 2011, son offre de service a la capacité de répondre aux attentes d'un large public en proposant des alternatives à l'hébergement permanent, en assurant des prestations spécifiques comme l'Hébergement Temporaire (HT) et l'accueil de Jour (AJ) lesquels s'inscrivent dans la logique de parcours de la personne âgée.

mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012, Page 922, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

²⁵ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, « Assurance maladie et perte d'autonomie », Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, Rapport adopté le 23 juin 2011, PDF, disponible sur internet : www.securite-sociale.fr

²⁶ CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. « Parcours de vie des personnes âgées et des personnes handicapées », le Conseil de la CNSA invite à une prise de responsabilité collective, communiqué de presse, 23 avril 2013, disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr>

²⁷ Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) Poitou-Charentes, 2013, page 11

²⁸ Plan Régional de Santé (PRS) Poitou-Charentes, 2012-2017, disponible sur internet : www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr

²⁹ Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) Personnes âgées Poitou-Charentes, 2015-2019, Page 6

L'élaboration du schéma gérontologique de la Charente 2015-2019 s'est inscrite dans l'évolution des politiques publiques nationales en direction des personnes âgées, présentée ci-dessus. Le contexte met en évidence deux axes d'action du schéma : la maîtrise des dépenses sociales et la simplification de l'action publique alors que le précédent schéma était orienté sur l'offre d'accueil avec un aspect quantitatif. L'objectif pour le schéma 2015-2019 vise la construction d'une coordination de qualité en direction des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie sous la compétence du Département conjointement avec l'ARS, sans écarter les actions de prévention menées auprès des personnes plus autonomes.

1.2 La population charentaise : les besoins de soutien à domicile liés au grand âge

1.2.1 Une population avec une démographie de personnes avancées en âge

La moyenne d'âge sur le territoire est de 42,1 ans et 28,8% de la population est âgée de 60 ans et plus. En 2012, l'indice de vieillissement en Charente est de 99,4 tandis qu'au national, il est de 100³⁰. Ce qui signifie que plus l'indice est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées. La Charente est donc une population à dominante de personnes âgées comme sur le plan national. Les moins de 20 ans sont à peine plus nombreux que les plus de 65 ans et plus. Ils représentent chacun 22% de la population de la Charente soit 76 957 sur 355 419 charentais³¹. Le taux de mortalité en Charente est légèrement supérieur à celui de la natalité (10,7‰ contre 10,4‰). Les chiffres montrent une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes en Charente. Pour autant, toutes ces nouvelles personnes dépendantes n'entreront pas en structure d'hébergement. Par ailleurs, la demande pour le soutien à domicile s'amplifie. Une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)³² faite en 2006 vient conforter cette observation et met en évidence que 80% des personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible à leur domicile. La Cour des comptes³³ dans un rapport similaire vient corroborer cet élément. Cela met en évidence la nécessité d'adapter et de développer l'organisation médico-sociale sur le territoire ainsi que les structures et services d'accompagnement à domicile.

³⁰ OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES, disponible sur internet : www.observatoire-des-territoires.gouv.fr

³¹ INSEE, Décimal, population estimée au 1er janvier 2012

³² DOSSIER SOLIDARITE ET SANTE, DREES, « *Projection des populations âgées dépendantes* », n°43, septembre 2013, disponible sur internet : <https://dress.solidarites-sante.gouv.fr>

³³ COUR DES COMPTES, « *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie* », juillet 2016, disponible sur internet : [@Cour des comptes](http://www.ccomptes.fr)

1.2.2 Des besoins multiples liés à la perte d'autonomie, au niveau économique, pour les proches aidants

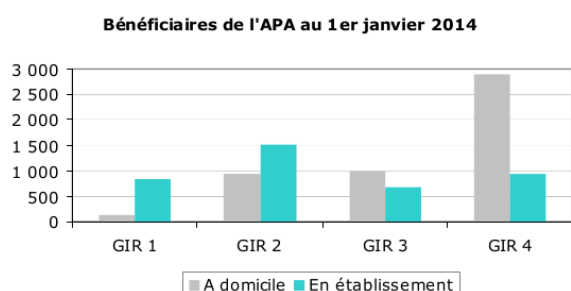
A) La population âgée charentaise : un niveau de dépendance relativement élevé

Près de 9000 personnes âgées étaient titulaires de l'APA au 1er janvier 2014, soit 2,5 % de la population charentaise et 8,8 % des plus de 60 ans. La répartition des bénéficiaires de l'APA entre le domicile et l'établissement mérite une attention particulière :

- Avec 55,6 % pour le domicile, les besoins de renforcer les prestations et la présence à domicile sont une réalité.
- Avec 44,4 % en établissement, la réponse aux besoins d'accompagnement est une réalité.

Bénéficiaires de l'APA ³⁴

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 1 à 4
A domicile	131	930	1004	2905	4970
Etablissement	832	1525	679	934	3970
Total APA	963	2455	1683	3839	8940



« La quasi-totalité des bénéficiaires classés en GIR 1 résident en établissement ; inversement, près des trois quarts des bénéficiaires en GIR 4 vivent à domicile ».

B) La population âgée charentaise : un faible niveau économique et des besoins d'aide financière conséquents

Sur le plan national et selon le rapport annuel du Secours Catholique paru du 6 novembre 2014, 8,5% des personnes aidées par l'organisation avaient plus de 60 ans en 2013, contre 5% en 2000³⁵. En fonction des ressources de la personne âgée et de la participation de ses obligés alimentaires, une aide sociale à l'hébergement peut lui être allouée afin de participer aux frais d'hébergement, majoritairement dans un établissement

³⁴ SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou-Charentes 2015-2019, Département de la Charente, Répartition par GIR et par mode d'hébergement (domicile/établissement), Source départemental de la Charente données du 1er janvier 2014, page 27

³⁵ LE MONDE, « Les séniors de plus en plus touchés par la pauvreté », article publié le 6 novembre 2014, disponible sur internet : <https://mobile.lemonde.fr>

habilité totalement ou partiellement à l'aide sociale. En Charente, au 1er septembre 2014, le nombre de lits installés habilités à l'aide sociale est de 3 284, représentant 62,78 % de la capacité d'accueil en EHPAD et en USLD. L'aide sociale peut être également accordée pour un hébergement en foyer résidence. A la même date, 964 personnes âgées bénéficient de l'aide. La dépense sur l'année 2013 s'est élevée, pour le Département, à 21 702 511 €, pour une charge nette, après reversement des ressources, participation des obligés alimentaires et recours sur successions, de 8 483 751 €. Ce nombre de bénéficiaires comprend 376 personnes âgées de statut personnes adultes handicapées. Des éléments complémentaires montrent que la population âgée charentaise est soutenue par le département. En effet, les personnes âgées défavorisées peuvent, selon leur âge et le niveau de leurs ressources bénéficier soit à titre principal, soit en complément de l'APA :

- de l'aide-ménagère destinée à les aider dans les tâches de la vie quotidienne ;
- de l'allocation de placement familial dès lors que la personne âgée bénéficie d'un accueil familial chez des particuliers agréés ou en MAFPAH ;
- de l'aide aux repas (à domicile ou en foyer résidence) ;
- de subventions pour l'aménagement de leur habitat dès lors qu'elles sont propriétaires occupants ou usufruitiers. Divers organismes extérieurs (ANAH, caisses de retraites principales et complémentaires, CARSAT, MSA, mutuelles) peuvent également participer aux travaux d'amélioration de l'habitat de la personne âgée.

Les aides du Département autres que l'APA³⁶ / nombre de bénéficiaires au 31-12-2013

Aides	Nombre de bénéficiaires
Aide-ménagère	165
Allocation de placement familial	52
Subventions pour l'aménagement de l'habitat	52133

Le Département apporte également un soutien :

- aux aidants, en proposant aux familles des lieux de rencontre pour leur permettre d'exprimer les difficultés rencontrées au quotidien. Ces échanges sont encadrés par des professionnels. Depuis 2008, 29 groupes de parole ont été organisés, représentant 246 séances, qui ont concerné 235 personnes,
- aux personnes âgées, par les sessions d'exercice physique cofinancées entre 2009 et 2012 par la CARSAT et animées, soit par la fédération de gymnastique volontaire, soit par l'association « Siel Bleu ». Au total, 255 personnes ont participé à 25 ateliers sur l'ensemble du département et par les actions mises en œuvre par la MSA des Charentes.

³⁶ SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou-Charentes 2015-2019, Département de la Charente, « Les aides du département et le nombre de bénéficiaires APA », Source départemental de la Charente données du 31 Décembre 2013, page 30

C) Les besoins et attentes des personnes âgées sur le territoire de l'EHPAD Raby Barboteau

A l'entrée de l'EHPAD Raby Barboteau, près de 50% des personnes âgées expriment leurs mécontentements car leur admission est vécue comme une solution par défaut, surtout portée par l'entourage familial qui se dit épuisé. Au cours de la phase d'admission, les proches aidants expliquent l'isolement face aux difficultés rencontrées au domicile. Pour clarifier, ils décrivent la complexité d'accompagner tous les actes de la vie quotidienne, la veille permanente de jour et surtout de nuit³⁷ car la nuit est porteuse d'un contexte particulièrement difficile pour les proches aidants. En effet, l'angoisse est présente et la « charge » que représente le parent âgé la nuit avec la fatigue que génèrent les troubles de la nuit, les réveils répétés, la crainte qu'il arrive d'un incident participent fortement à l'épuisement de l'aidant. D'autre part, la personne âgée et son aidant rencontrent des difficultés à accéder aux informations sur leurs droits et autres questionnements. Ainsi, les problématiques évoluant, ils ne voient pas d'autres alternatives que l'EHPAD non désiré par la personne âgée et cette solution génère chez l'aidant de la culpabilité. Pour les besoins des aidés, tous les registres sont concernés avec comme principe la stimulation, ne pas faire à la place de la personne. Le soutien apporté par les professionnels soignants à domicile et en établissement est principalement axé sur les besoins en nursing et a tendance à oblitérer les besoins autres que ceux relevant du soin corporel quotidien. Pourtant malgré les réticences des personnes âgées à entrer à l'EHPAD RB, la liste s'allonge avec un an et demi d'attente. Ces constats commencent à laisser entrevoir combien il est nécessaire de penser à des projets innovants tels que l'EHPAD à domicile en réponse aux besoins des personnes âgées.

D) Les besoins des proches aidants

Quels que soient les dispositifs en place, le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante nécessite la présence et la participation active d'un aidant proche. En France, ce sont 3,4 millions d'individus qui sont proches aidants réguliers d'une personne âgée³⁸. Le proche aidant ou aidant familial est :

« La personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie

³⁷ BABEY-RODRIGUEZ .C, Psychologue en EHPAD, « *La nuit auprès des personnes âgées : La face obscure des projets* », Gérontologie et Société, Editeur Fond Nationale de Gérontologie, 2006/1 (vol.29/n°116), pages 292

³⁸ SOULIER.N, Enquête handicap-santé auprès des proches aidants informels, « *Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie* », DRESS, 2008, Études et résultats n° 799, mars 2012, page 8

quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques³⁹». Cet accompagnement se substitue ou complète l'aide professionnelle mise en place. Il demande une disponibilité et une énergie sur le long terme.

L'épuisement de l'aidant âgé lorsqu'il s'agit du conjoint ou de son enfant lorsqu'il est encore actif est bien souvent inévitable. Les politiques publiques mesurent, depuis une dizaine d'années, la corrélation forte entre ce travail de l'aidant et la limitation du recours à l'institutionnalisation. Les proches aidants, en plus de contribuer à la volonté de la plupart des personnes âgées de rester « vivre à domicile »⁴⁰, participent directement à atténuer le financement public de la dépendance.

1.3 L'EHPAD Raby Barboteau

1.3.1 Le public accueilli

En moyenne, ce sont 14 nouvelles personnes que l'EHPAD accueille par an⁴¹. L'admission se fait en raison de la perte d'autonomie ainsi que l'épuisement du proche aidant faisant obstacle au maintien à domicile. Aussi, les personnes âgées que nous accueillons sont orientées par les hôpitaux, les Soins de Suite et Réadaptation (SSR), et par les enfants. Les entrées font suite à une hospitalisation, une chute, une pathologie, une perte d'autonomie ce qui génèrent des craintes et nécessitent une présence permanente auprès de la personne âgée. L'EHPAD accueille des personnes âgées de 65 ans et plus, autonomes, dépendantes et pour certaines porteuses de troubles psycho-comportementaux. En 2017, l'EHPAD accueille 56 femmes et 12 hommes⁴² avec une moyenne d'âge de 85 ans issus principalement du domicile. La dominante du monde rural est représentée par des métiers physiques. Les personnes entrent majoritairement entre GIR 1 et 4. Le GIR Moyen Pondéré (GMP)⁴³ de l'établissement est stable ces dernières années à 672,37 en 2017. Le GMP moyen national des EHPAD se situent entre 639 à 661⁴⁴ ce qui nous place légèrement au-dessus de la moyenne pour la dépendance. Le

³⁹ Définition de la Charte Européenne de l'Aidant Familial, Confédération des organisations familiales de l'Union européenne (COFACE), avec le soutien de la Commission Européenne, mars 2009

⁴⁰ IFOP sondage, « 81 % des français souhaiteraient passer leurs derniers instants de vie chez eux », 2010, disponible sur internet : <https://www.ifop.com>

⁴¹ Rapport d'activité de l'EHPAD RB, année 2017, page 3

⁴² Rapport d'activité de l'EHPAD RB, année 2017, page 3

⁴³ GMP est égal au total des GIR / nombre de résidents x 1000.

⁴⁴ OBSERVATOIRE DES EHPAD, « GMP et statut juridiques », données 2014, pages 18, disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr>

Pathos Moyen Pondéré (PMP) de l'EHPAD Raby Barboteau se situe à 174 en 2017. Le PMP national est de 172⁴⁵ ce qui nous place dans la moyenne au niveau des besoins en soins médicaux et techniques.

1.3.2 L'histoire et le contexte d'intervention de l'établissement

L'EHPAD Raby Barboteau est situé en zone rurale, près de la petite ville de Segonzac en Charente. Il s'adresse aux personnes issues du terroir correspondant au vignoble de la Grande Champagne. L'EHPAD est une ancienne Maison de Maître qui appartenait à Monsieur et Madame Raby Barboteau. En 1977, la gestion de l'établissement se voit assurée par l'Association gérante de la Maison de retraite « Raby Barboteau » (association loi 1901). Au cours des années 80, cette maison a connu des phases de rénovation par soucis d'amélioration de la qualité de vie de ses usagers et pour répondre aux normes en vigueur. En 2004, la Maison de Retraite devient « EHPAD » et l'établissement intègre le réseau de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personnes privés non lucratifs (FEHAP). Elle signe sa première convention tripartite à renouveler à échéance de 5 ans. Depuis, les politiques publiques ont incité aux rapprochements des gestionnaires, par le biais du CPOM. Ainsi, l'EHPAD Raby Barboteau est en passe de basculer dans le nouveau régime de financement. Ce nouveau contrat liant l'ARS, le Conseil Départemental et les gestionnaires de l'EHPAD va prendre effet en 2020. Les discussions vont s'engager en 2019 entre l'EHPAD Raby Barboteau et l'EHPAD associatif de Lignières. Pour l'EHPAD de Lignières, l'enjeu est de poursuivre son activité tandis que pour Raby Barboteau l'enjeu est d'atteindre un seuil de rentabilité économique au sens où des économies d'échelle sont à réaliser sur des fonctions supports. A terme, le CPOM va permettre de renforcer mutuellement le positionnement des deux entités sur le territoire et de développer une offre de service plus importante au regard des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment en termes des ressources diversifiées fortement attendues par les deux financeurs.

Les négociations sur les moyens de fonctionnements et d'investissement n'auront pas la même portée pour 92 lits. De plus, comme les autorités attendent des EHPAD qu'ils soient pôle ressources de proximité sur le territoire, les projets de la télésurveillance, soutien à domicile, nouvelles formes d'accueil des usagers seront plus faciles à mettre en œuvre en mutualisant les moyens sur le territoire.

⁴⁵ OBSERVATOIRE DES EHPAD, « *PMP des établissements* », données 2014, pages 18, disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr>

A) Les valeurs et missions de l'EHPAD Raby Barboteau⁴⁶

La mission de l'établissement consiste à : Prendre Soins... Accompagner et Informer... Accueillir... Vivre... Créer un lieu de vie agréable dans lequel les goûts, désirs et envies sont respectés.

Les valeurs de l'établissement mises en avant sont les suivantes : La Dignité de la personne... Le Respect... La Citoyenneté... Préserver les droits fondamentaux des personnes ; La Responsabilité...

De plus, l'EHPAD appréhende l'ensemble des effets sur la santé de l'homme dus à ses conditions de vie ou à la contamination de son milieu. L'EHPAD appartient à une ville du "bien vivre" dont les piliers sont : la qualité de vie, la convivialité, l'équilibre alimentaire et le développement durable. L'EHPAD s'inscrit dans ces piliers d'avenir et engage une démarche éco-responsable. En termes d'autorisation administrative l'EHPAD est habilité par le Conseil Départemental (CD) de la Charente et l'ARS Nouvelle Aquitaine à proposer un hébergement et un accompagnement personnalisé aux personnes âgées en perte d'autonomie et atteintes de maladies Neuro-dégénératives. L'EHPAD est habilité pour l'ensemble de ses lits à recevoir les bénéficiaires de l'Aide Sociale comme le stipule l'article L.113-1 du code de l'Action Sociale et des familles « *Toute personne âgée de soixante-cinq ans privées de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement* ». Actuellement, 15 résidents sur 59 résidents hébergés sont bénéficiaires effectifs de l'aide sociale. L'EHPAD répond également aux normes de l'attribution de l'allocation logement. Les différents services proposés se veulent des prestations de proximité, permettant de répondre aux besoins des personnes âgées du territoire, respectant ainsi l'inscription des personnes dans leur milieu de vie d'origine et la préservation de leur réseau social et relationnel. Malgré une demande croissante de soutien à domicile des personnes âgées et de leurs aidants, aujourd'hui les seules alternatives proposées par l'EHPAD et ses professionnels sont l'Accueil de Jour ou l'Hébergement Temporaire.

B) La diversité de l'offre de service de l'EHPAD Raby Barboteau

Il est important de souligner que l'EHPAD bénéficie d'une bonne réputation. L'établissement est connu pour son climat familial où la notion de bien-vivre est centrale aux activités. Par ailleurs, l'EHPAD propose des tarifs raisonnables contrairement aux tarifs des EHPAD publics qui se sont envolés. L'offre de service de l'EHPAD est la suivante :

1. L'Hébergement Permanent (HP) : L'ARS et le département ont statué le 4 octobre 2012⁴⁷ pour 56 places.

⁴⁶ Projet d'établissement de l'EHPAD Raby Barboteau 2014/2018, page 12

2. Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : le PASA est autorisé et financé par l'ARS depuis le 01 Décembre 2010 pour 14 places.

3. L'Accueil de Jour / l'Hébergement Temporaire : L'ARS et le département ont statué le 4 octobre 2012⁴⁸ pour 3 places en HT et 6 places en AJ.

La diversité de l'offre de service permet un départ progressif du domicile ; cependant sur le terrain ces alternatives sont mal connues des personnes âgées et de leurs aidants qui vivent souvent repliés sur eux-mêmes, avec pudeur et discrétion. Ce constat est lourd de conséquences sur le repérage préventif des risques de perte d'autonomie. L'offre de service de l'EHPAD auprès des personnes accueillies en AJ et HT donne lieu à des actions de prévention de la perte d'autonomie et ainsi contribue au droit de répit pour les proches aidants.

L'EHPAD accompagne 74 personnes pour 62 places et fait l'objet de nombreuses demandes : 229 dossiers en 2016 et 311 en 2017.

Demande :	En 2016	En 2017	Admissions 2017	Occupation 2017
HP	174	247	14	99,00%
HT	41	44	44/28 personnes	99,00%
AJ	14	20	10	80,00%

D'après la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)⁴⁹, le taux d'occupation national des Accueils de Jour est de 50% et le plan Alzheimer annonce 60%. La progression de 25% pour l'EHPAD en 2 ans des demandes d'accueils de jour laisse présager une saturation à court terme. Les chiffres montrent que l'EHPAD a su diversifier et mettre en œuvre son offre de service pour donner une alternative à l'institutionnalisation. Cela permet à la personne âgée une entrée progressive et non subie. Les taux d'occupation sont élevés comme indiqué ci-dessus et la modularité est importante, notamment entre l'hébergement temporaire et l'accueil de jour. Cela traduit la bonne communication de l'EHPAD concernant son offre de service sur le territoire. Aujourd'hui l'EHPAD avec la présence et la prestation de services à domicile pourrait s'inscrire dans la continuité de cette dynamique de réponse aux besoins des personnes et de leur parcours.

⁴⁷ ARS, Arrêté n°2012 en date du 4 octobre 2012 portant modification de la capacité au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante. 59 places.

⁴⁸ ARS, Arrêté n°2012 en date du 4 octobre 2012 portant modification de la capacité au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Données d'activité CNSA, « Accueil de Jour et hébergements temporaires », 2012, page 4, disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr>

C) Les professionnels de l'EHPAD Raby Barboteau

Les professionnels de l'EHPAD⁵⁰ soit 41,17 équivalents temps plein ont une moyenne d'âge de 43 ans. Le personnel suit volontairement et régulièrement des formations. Les principes d'actions sont fondés sur des valeurs apparentées au courant de la philosophie de soins Humanitude (Montessori > projet d'avenir). Dans ce cadre, les habitudes de vie des personnes accueillies font l'objet d'un respect quotidien et le projet d'animation est développé de façon conséquente. Depuis une dizaine d'années, les professionnels sont formés à cette approche. En 2018, l'EHPAD s'engage vers la labellisation Humanitude. Des formations collectives ont été programmées sur l'approche Montessori avec pour objectif le maintien et le développement du rôle social de chaque personne accueillie. La formation Humanitude de tout le personnel amène une plus-value pour le soutien à domicile proposé par l'EHPAD. Ce sont des compétences transférables. La pluridisciplinarité s'appuie sur la diversité des métiers présents au sein de l'EHPAD.

D) L'EHPAD Raby Barboteau : ouverture à et sur l'environnement

En France, tout un chacun a possibilité de faire appel à des prestations à domicile, organisées en services divers qui interviennent directement auprès des personnes. Il existe aussi un autre niveau d'intervention qui relève d'un registre de coordination de ces services. En Charente et pour l'EHPAD Raby Barboteau, voilà ce qu'il en est avec la déclinaison des gouvernances et des politiques territoriales partenaires potentiels :

- L'action sociale départementale

Au niveau des acteurs et des dispositifs l'action sociale du département soutient l'ensemble de la population charentaise à tous les âges de la vie. La politique en faveur des personnes âgées et handicapées n'est pas territorialisée. Elle est mise en œuvre par la Direction handicap dépendance, réorganisée en 2013 en quatre services : Service aux personnes, service accompagnement à domicile, service des établissements, service coordination et signalements. Les missions de ces quatre services basés à Angoulême, contribuent à la qualité de vie des personnes âgées au sein des établissements spécialisés et à leur domicile. Concernant les personnes âgées, le contact est assuré par les coordinateurs gérontologiques, qui ont en charge la mission individuelle d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil auprès des personnes et de leur entourage sur le soutien à domicile, les modes d'accueil et d'hébergement (établissements et familles d'accueil), les aides financières (APA, aide à l'amélioration de l'habitat...) et aident à la

⁵⁰ EHPAD Raby Barboteau, Projet d'établissement 2014/2018, page 96

constitution des dossiers. Ils évaluent la perte d'autonomie et élaborent le plan d'aide APA en concertation avec la personne, sa famille, son médecin traitant et les intervenants au domicile. Ils s'assurent du suivi et de la qualité de l'aide à la personne au moyen de visites à domicile et de réunions avec les partenaires.

- **Les partenaires de l'EHPAD**

A travers le partenariat l'EHPAD a signé des conventions avec l'hôpital de Cognac, l'hôpital de Barbezieux, l'Hospitalisation à Domicile (HAD), l'Unité Mobile de Soins Palliatifs (UMSP), le Centre médico-psychologique (CMP) de Cognac et l'Unité Cognitive-Comportementale (UCC) de l'hôpital d'Angoulême, le service de consultation mémoire à l'hôpital de Cognac et Barbezieux, la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) et l'Équipe Spécialisé d'Alzheimer (ESA).

Cependant, malgré ces conventionnements et ces développements partenariaux, force est de constater qu'il n'y a pas de présence continue qui répondent aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie et son proche aidant à domicile. Ainsi, créer du lien entre les professionnels permet de proposer des actions transversales, une évaluation commune de la situation à domicile notamment au niveau des risques psychomoteurs, des chutes...C'est dans ce sens que nous pouvons ainsi prolonger et sécuriser la vie des personnes âgées à domicile.

- **Les services d'aide et d'accompagnement à domicile**

A ce jour, la Charente compte six Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile⁵¹. Ils répondent aux demandes d'intervention qui figurent dans les plans d'aide élaborés par les coordinateurs du Département lors de leur visite à domicile. Les caisses de retraite interviennent également dans l'évaluation des besoins des personnes en GIR 5 et 6. Un plan d'aide peut alors leur être proposé. Le recours des bénéficiaires de l'APA à domicile à ces organismes reste très minoritaire. A partir de 2012, le département de la Charente a déployé progressivement un nouvel outil de télégestion en partenariat avec les SAAD. Ce système permet de compter les heures d'intervention de l'aide à domicile en temps réel, grâce à un appel téléphonique vers un numéro gratuit de télégestion. En fin de mois, le Département peut payer directement au service d'aide à domicile les heures effectuées

⁵¹ SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou- Charentes 2015-2019, Département de la Charente, « Les aides du département et le nombre de bénéficiaires APA », Source départemental de la Charente données du 31 Décembre 2013, page 30

(dans la limite des heures attribuées dans le plan d'aide) au titre de l'APA, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)⁵² et l'aide-ménagère.

- **Les services de soins infirmiers à domicile**

Les SSIAD ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes en prévenant ou en différant l'entrée en hôpital ou dans un établissement d'hébergement, ou bien en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent à domicile ou, de façon plus exceptionnelle, dans les établissements pour personnes âgées non médicalisés. L'intervention d'un SSIAD est conditionnée par une prescription préalable du médecin référent. Au 1er décembre 2014, le département de la Charente dispose de 860 places de SSIAD pour personnes âgées, dont 89 nouvelles places autorisées en 2014. Les opérateurs autorisés sont au nombre de quatre : la Mutualité Française Charente (490 places), l'ADMR (243 places), la Croix Rouge Française (85 places) et le G.C.S « Établissements publics de santé de la Charente » (42 places). Le taux d'équipement de la Charente est égal au taux régional.

- **Les réseaux gérontologiques Charentais**

Le réseau gérontologique charentais est un réseau de santé qui coordonne tous les acteurs de la prise en compte d'une personne âgée :

- les professionnels de santé de ville (le médecin généraliste de la personne âgée, les infirmières libérales, les kinésithérapeutes libéraux...)
- les professionnels de l'hôpital local et des établissements de soins du secteur ;
- les travailleurs sociaux (du Centre Communal d'Action Social, de l'équipe APA du Conseil général, des associations d'aide à domicile...)
- les services facilitant le maintien à domicile (téléassistance, portage de repas...).

En Charente, il existe deux réseaux : le réseau de santé « personnes âgées », qui couvre la Charente Limousine, et le réseau gérontologique du pays de l'Angoumois. Des conventions de partenariat définissent la répartition des actions entre les professionnels des réseaux et les coordinateurs du département. Dans le cadre de l'APA, l'évaluation médico-sociale peut être réalisée conjointement par un coordinateur du département et l'infirmière du réseau, sur demande de la personne âgée ou de son entourage. Sur le terrain, il est constaté une superposition d'évaluations qui nuit à la lisibilité des dispositifs pour la personne âgée. Dans une optique de recentrage des activités des réseaux sur la coordination des soins, le SROS⁵³ volet ambulatoire de Poitou-Charentes, préconise :

⁵² CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, « articles L245-14 », vérifié le 1 avril 2018, disponible sur internet : <https://www.service-public.fr>

⁵³ SROS, Schéma Régional d'Organisation des Soins, volet Ambulatoire 2015

- d'organiser, de planifier le parcours de santé, et d'orienter la prise en soin de la personne sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours ;
- d'apporter un appui aux différents intervenants auprès de la personne (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, familles) ;
- de favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Par ailleurs, il est recommandé aux réseaux de privilégier une approche globale du parcours de santé pour les personnes âgées fragilisées en situation complexe.

- Les MAIA Sud-Ouest Charente

Les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) sont des dispositifs permettant de créer un guichet commun pour tous les partenaires comme pour le malade ou son aidant, dans la prise en compte de toutes les maladies neuro-dégénératives. La MAIA, qui couvre les pays du Sud et de l'Ouest Charente, est issue du partenariat entre le Département et les centres hospitaliers du Sud Charente et le centre hospitalier intercommunal du pays de Cognac et sa région. Financée par l'ARS depuis le 1er juin 2012, date à laquelle le pilote a été recruté, la MAIA a développé ses activités début 2013. Trois gestionnaires de cas travaillent sur les territoires lorsque la complexité de la situation le justifie. L'EHPAD travaille de manière croisée avec la MAIA ce qui permet d'avoir un taux de remplissage satisfaisant de l'accueil de jour.

L'EHPAD fait face à un changement de paradigme en matière d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie sur son territoire. Cela induit un accompagnement au changement des pratiques professionnelles. La création d'un dispositif au sein de l'EHPAD qui interviendrait hors des murs dans le souci d'harmoniser les actions sur le territoire, contribuerait à renforcer la logique de parcours des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire.

1.4 Conclusion de la première partie

Les politiques publiques demandent aux EHPAD de créer une réponse au soutien à domicile. A ce jour, la réponse aux besoins sur le territoire de l'EHPAD est conséquente pour le soutien à domicile. Cependant, l'offre de service est insuffisante au regard du nombre de demandes de soutien à domicile formulées par les personnes âgées et leurs aidants. Cet élément constitue un 1^{er} écart. Pour rappel, dans le diagnostic, j'ai mis en évidence l'allongement de la liste d'attente, ainsi que l'expression du mécontentement de la personne âgée et de son proche aidant. Ces éléments ont pour effet possible des départs prématurés du domicile, le non consentement de la personne âgée à son institutionnalisation et des répercussions sur sa santé physique et psychologique, le risque de culpabilité du proche aidant.

D'autre part, un focus sur les problèmes qui sont rencontrés la nuit par la personne âgée et l'aidant montre qu'ils ne sont pas solutionnés à ce jour par nos établissements. Cette absence de dispositif de soutien à domicile la nuit constitue un 2^{ème} écart. Pour rappel dans le diagnostic, j'ai mis en évidence que les proches aidants se confrontent « seuls » à des tâches de soins et d'accompagnement qui les dépassent, et ce malgré la présence de professionnels libéraux et d'autres structures de soutien à domicile conséquents, le jour. Cette « sur sollicitation » a pour effet, l'épuisement du proche aidant dont le capital santé est en péril autant que la poursuite de l'aide et du soutien de son parent au domicile.

Enfin, les personnes âgées et les proches aidants indiquent un manque d'informations sur leurs droits et les lieux où ils peuvent s'informer. Ils n'ont pas la connaissance suffisante sur les aides à domicile dont ils peuvent bénéficier, ce qui constitue le 3^{ème} écart. Pour rappel dans le diagnostic, j'ai mis en évidence un maillage important des dispositifs et une offre de service conséquente pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Il apparaît pourtant la difficulté pour les professionnels d'être repérés car le territoire rural met en évidence des personnes d'une grande pudeur, isolées, ayant « traditionnellement » des difficultés à demander de l'aide. En revanche, les structures identifiées de proximité et connues comme l'EHPAD Raby Barboteau apporterait une plus-value par rapport à des équipes qui ne font pas partie de cette identité commune et culturelle.

La politique de soutien à domicile des personnes âgées et en particulier des personnes âgées en perte d'autonomie est une priorité en France comme dans les autres pays Européens. Les dispositifs et services contribuant à cette politique se sont, au fil des dernières années, organisés et développés pour devenir aujourd'hui des acteurs incontournables de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire proposés par l'EHPAD Raby Barboteau ne peuvent se contenter à être seuls des solutions alternatives pérennes aux souhaits de la personne âgée de rester vivre chez elle. Leur mission est essentiellement préventive et a

pour objectif principal la prévention de la rupture brutale dans le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie.

En tant que directrice de l'EHPAD, je dois accorder l'offre de service aux besoins et attentes de la personne âgée et de son aidant, soutenue par des politiques publiques en faveur de prestations hors les murs, dans une logique de parcours de vie. Ce mouvement à conduire qui opte pour une diversification autant qu'une alternative à l'hébergement permanent et à toutes ces conséquences négatives sur les personnes âgées, s'appuie sur la problématique suivante : « En quoi et comment « l'EHPAD » peut-il faciliter et participer à une logique de parcours permettant le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants ? »

La réflexion qui suit s'ancre dans les approches théoriques de parcours, de prévention, de répit et de démarche intégrative sur lesquelles mon projet de direction va s'appuyer. L'hypothèse opérationnelle qui en découle repose sur la mise en œuvre d'un pôle ressources de proximité qui va contribuer dans une visée préventive à offrir des prestations au domicile des personnes âgées.

2 La logique de parcours de la personne âgée : un enjeu de prévention et de répit dans une démarche intégrative

2.1 Principe général : illustration des changements induits par la logique parcours

La définition du parcours selon Jean René LOUBAT⁵⁴ :

« Le parcours s'impose désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux de filières et d'établissements, qui constituaient un maillage institutionnel auquel les secteurs de l'action sociale et médico-sociale s'étaient accoutumés. La primauté du parcours entérine en quelque sorte le « recentrage sur la personne », évoqué par les textes législatifs de ces dernières décennies, et signe l'adoption d'une vision dynamique de l'existence. Fondamentalement, c'est donc un modèle historique qui est en train de muter. Les conséquences s'avèrent multiples, tant au plan du regard porté sur la personne en situation de handicap et ses besoins, qu'au plan des prestations proposées et des pratiques professionnelles, que des organisations envisagées. Si le parcours s'impose comme nouvelle référence terminologique, c'est parce qu'il correspond mieux à la représentation actuelle d'une société comme « système mobile de rôles et de réseaux » et de la place variable qu'y occupent les individus. ».

La notion de « logique de parcours »⁵⁵ est utilisée pour la première fois dans le rapport du HCAAM d'avril 2010. C'est une mise en œuvre conçue pour répondre aux problématiques du vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques qui traversent notre système de santé actuellement. En effet, la logique de parcours cherche à éviter « les situations de crise aiguës » pour la personne âgée et à intervenir dans une pluralité professionnelle de manière non hiérarchisée. C'était en effet jusqu'à la loi HPST de 2009 de manière cloisonnée entre le sanitaire et le médico-social qu'était organisée la réponse aux besoins des personnes âgées. Aujourd'hui, la logique de parcours propose d'aborder les personnes en amont des problématiques avec une prise en compte de leurs besoins de manière continue permettant ainsi de les anticiper. La prévention est mise en avant et vise à éviter la survenue de rupture dans la continuité des soins lors des passages d'un milieu à un autre, par exemple :

- les arrivées aux urgences,
- les difficultés d'accès aux structures en aval de l'hospitalisation,

⁵⁴ LES CAHIERS DE L'ACTIF, « Parcours de vie et projet de vie : vers une configuration de l'action médico-sociale », Article pour la revue n°.446-447, Juillet/Août 2013, page 1, disponible sur internet : jeanreneloubat.fr>pdf

⁵⁵ HCAAM, « Assurance maladie et perte d'autonomie », rapport adopté le 23 juin 2011, Chapitre III, page 61, disponible sur internet : www.securite-sociale.fr>pdf

- la coordination des interventions sanitaires et sociales à domicile,
- le suivi post hospitalisation.

Logique « épisode aigu »	Logique « parcours »
Un système axé sur la maladie Une responsabilité clientèle Des objectifs de guérison et de soins Une réponse aux demandes Une priorité aux soins La prise en charge L'usager patient Une logique d'établissement Un contexte de compétition Un budget par mission Une gestion centrée sur la production interne De la multidisciplinarité Un leadership d'autorité	Un système qui valorise la santé et le bien-être Une responsabilité populationnelle Des objectifs de prévention Une réponse aux besoins, aux attentes Une considération des autres déterminants La prise en compte L'usager partenaire Une logique réseau Un contexte de collaboration Un budget par population ou programme Une gestion de partenariat De l'interdisciplinarité Un leadership mobilisateur

La logique de parcours pour la personne âgée concourt à la volonté des acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux d'agir ensemble pour rendre un meilleur service. C'est pourquoi, l'idée est de ne plus placer l'EHPAD comme une réponse à une situation aiguë, une finalité. Celle-ci ne satisfait ni les besoins de l'aidé, ni ceux du proche aidant. Placer l'EHPAD comme décrit ci-dessus au niveau du diagnostic dans un contexte de prévention, de continuité, de logique de parcours plus serein pour l'aidé et le proche aidant est une position bien plus bénéfique à tous. Ainsi, répondre de manière transversale est un enjeu de responsabilité sur un territoire. Cette responsabilité a pour but de répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes dont l'état nécessite des soins palliatifs, par des prestations adaptées. Enfin, mettre en œuvre la logique de parcours c'est amorcer la responsabilité de chacun sur un territoire, le concept de « programme de santé » étant ainsi mobilisé.

La définition de programme selon PINEAULT et DAVELUY :

« *Un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé ou sociaux précis, et ce, pour une population définie* »⁵⁶.

La logique de parcours engage la mise en œuvre de nouveaux dispositifs par les établissements médico-sociaux et ainsi invitent aux changements des pratiques professionnelles. Ainsi, comme nous le verrons en troisième partie, en tant que pôle ressource de proximité, l'Ehpad répond à la définition d'un programme. Ses connaissances, moyens humains et techniques, conventionnements avec d'autres acteurs, permettent une réponse de proximité non comblée à ce jour, en faveur de la logique de parcours.

2.1.1 Elaboration d'une logique de parcours de santé de territoire

Les recommandations de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)⁵⁷ s'établissent de la manière suivante : la logique de parcours de santé du territoire s'appuie sur une planification territoriale qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être des personnes âgées. Cette planification se dessine à partir de la diversité de l'offre de services existante sur le territoire. En effet, cela consiste à structurer une réponse avec et entre les différents professionnels du territoire. Pour élaborer un programme répondant à une logique de parcours adaptée, plusieurs étapes de réflexion collective sont nécessaires :

D'abord, l'ANAP indique la nécessité de réaliser un diagnostic partagé et basé sur une fiche diagnostic territorial qui présente les forces, les faiblesses, les risques et les atouts d'avenir sur le territoire⁵⁸.

La méthodologie de diagnostic comprend les éléments suivants :

- Une analyse de la population afin de favoriser le partage des connaissances. (Ce qui correspond à la partie I du travail de mémoire).
- Une vision globale géographiquement de l'offre de service sur le territoire.
- Une évaluation de l'offre de service à domicile sur le territoire auprès des personnes âgées.
- Une analyse des flux de patients obtenue via l'observation du parcours non coordonné des patients au sein du système de prise en charge actuel.

⁵⁶ PINEAULT.R et DAVELUY.C, 1995, « *La Planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* », Editions Nouvelles, 480 pages

⁵⁷ ANAP, « *Systèmes d'information dans le secteur médico-social* », septembre 2013, disponible sur internet : www.anap.fr

⁵⁸ ANNEXE I : SWOT

Ensuite, les axes d'amélioration et objectifs dépendent des résultats du diagnostic, particulièrement de l'analyse des causes de rupture et des priorités à donner. Par conséquent, il en découle les thèmes et les axes d'amélioration pour lesquels des actions sont à mener. Enfin, le plan d'action est composé d'actions concrètes à mettre en œuvre à court, moyen et long terme. Celui-ci détermine le modèle à venir. Afin de veiller au bon déroulement de la logique de parcours, les axes d'amélioration sont développés dans un plan d'action déterminé par des objectifs.

Pour résumer, l'ANAP invite à l'intégration d'une logique de parcours de santé avec comme axes de travail, l'amélioration des pratiques et des objectifs prioritaires pour alimenter un plan d'action.

En Charente, l'ARS par les appels à projets de l'EHPAD « Pôle ressources de proximité »⁵⁹ vise à faire émerger des initiatives novatrices apportant une évolution des prestations par des actions à visée préventive et/ou thérapeutique. Les politiques publiques demandent le développement d'approches efficaces et pertinentes du système de santé en lien avec les acteurs de santé du territoire (ambulatoire, sanitaires et libéraux). Aujourd'hui en Charente, « l'EHPAD pôle ressources de proximité » s'inscrit dans le programme de santé en étant acteur dans le parcours de la personne. Le projet d'EHPAD Pôle Ressources de proximité prend naturellement racine dans l'environnement de l'EHPAD car la connaissance culturelle des personnes et du terroir apporte une plus-value par rapport aux dispositifs existants en capitalisant sur les moyens à disposition. L'objectif est de faciliter le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie tant à domicile qu'en établissement, en lui évitant des ruptures d'accompagnement, des hospitalisations, de passer d'interlocuteurs en interlocuteurs sans collaboration, de mutualiser les moyens mis en œuvre et d'associer les acteurs de proximité face aux enjeux sociétaux sur des actions innovantes.

L'élaboration d'une logique de parcours nécessite la mobilisation des acteurs concernés ainsi que la mise à disposition d'outils. En effet, la solidité du programme dépend de plusieurs facteurs :

- Cela exige un investissement en temps important, qui débute dès la phase de diagnostic territorial, pour construire une vision commune et consensuelle sur les objectifs visés et l'organisation du parcours.
- Le nombre et la récurrence des échanges entre tous les acteurs concernés est un élément clé de succès pour créer un climat de confiance et assurer l'adhésion de tous.

⁵⁹ ARS, « ACC Régional Nouvelle Aquitaine, Expérimentation EHPAD Pôle Ressources de Proximité », 2017, disponible sur internet : www.ars.nouvelle-aquitaine.santé.fr

- Il convient de créer une dynamique de coopération et de coordination entre tous les acteurs clés de la coordination dans un territoire : Comité local d'information et de coordination (CLIC), réseaux, filière, mobilisation des professionnels de santé libéraux, MAIA. La MAIA développe une organisation territoriale visant à faciliter l'accès à l'information et le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie par le biais d'interlocuteurs et d'outils tel que le Kit d'orientation du Guichet Intégré⁶⁰. Dans les cas où le territoire bénéficie d'une dynamique de coordination existante, soit par la présence de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ou de pratiques organisationnelles entre praticiens (qu'elles soient formalisées ou non), les médecins généralistes sont plus facilement mobilisables pour participer à des programmes de parcours de santé. Par ailleurs, il est indispensable d'être disponible et investi dans la phase de définition et d'échanges du programme de santé autour de la logique de parcours. La disponibilité reste difficile et compliquée à obtenir chez les paramédicaux, souvent plus difficiles à mobiliser.
- D'autre part, des leviers et outils structurants sont repérés pour faciliter la mise en œuvre et la consolidation du parcours de la personne. En effet, les systèmes de partage des données permettent de mieux communiquer les informations entre les acteurs. Les systèmes de partage contribuent à la logique de parcours pour les personnes du territoire.
- Le support tel que le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)⁶¹ est entré en application le 25 mai 2018 et vient sécuriser la circulation des informations. « *Le RGPD définit les données personnelles comme « toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable »*. Associé à la loi Française Informatique et Libertés⁶² ces deux textes constituent le socle d'une nouvelle réglementation sur la protection des données personnelles. L'utilisation de ce levier fait l'objet d'une mise en œuvre qui est en cours et nécessite de la sensibilisation et la formation des professionnels.
- Les technologies de télésanté, encore très peu présentes sur les territoires, peuvent jouer un rôle important dans l'anticipation des événements et la coordination des soins à deux niveaux :

⁶⁰ CNSA, MAIA, « *Parcours de vie* », publié le 12 février 2015, mise à jour le 20 novembre 2017, disponible sur internet : www.cnsa.fr

⁶¹ CNIL, « *Règlement UE 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 26 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)* », disponible sur internet : <https://www.cnil.fr>

⁶² MINISTERE DE LA JUSTICE, Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, 14 septembre 2018, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

- La surveillance à distance des constantes des patients,
- La transmission et le partage de l'information entre les professionnels concernés ;

L'ingénierie financière du parcours doit répondre à trois grandes questions :

- Comment financer les besoins, ressources d'une logique de parcours avec la cartographie des financements ?
- Quels sont les impacts prévus en termes d'évolution d'activité pour l'ensemble du territoire et par type de structure, service ?
- Quel sera l'impact économique pour chaque acteur, structure, service de la modification d'utilisation des ressources ?

Pour rappel, en Charente, dans le secteur de l'EHPAD, nous disposons d'une Maison départementale des solidarités, d'une Maison de santé sur la commune, d'une MAIA avec laquelle l'EHPAD est en lien étroit et de conventions avec les hôpitaux locaux de Cognac et Barbezieux. Dans le cadre de la mise en œuvre d'un EHPAD pôle ressources de proximité nous possédons donc tous les éléments structurels au bon déroulement du parcours de la personne âgée. D'autre part, le schéma régional de santé en Charente permet de financer les dispositifs notamment dans le cadre de la perte de l'autonomie et du plan Alzheimer 2008 - 2012 autour de 3 Axes :

- La personne âgée dans son environnement
- L'offre d'accueil et son amélioration
- La coopération entre les acteurs.

L'EHPAD répond au premier axe par la création d'un EHPAD pôle ressources de proximité. Aujourd'hui, l'EHPAD répond au second axe par son accueil de jour et l'hébergement temporaire. En effet, il permet d'améliorer l'offre d'accueil sur le territoire mais aussi dans le cadre du projet EHPAD pôle ressources de proximité de constituer une réponse au droit de répit de l'aidé / du proche aidant et de jouer un rôle dans le maintien du lien social.

Enfin, le troisième axe invite à la coopération des acteurs et à l'ouverture. Jusqu'à présent la mission de l'EHPAD consistait à accompagner les personnes à l'intérieur des murs. L'EHPAD s'inscrit déjà dans un partenariat important sur le territoire comme décrit ci-dessus et répond en partie au troisième axe.

L'évaluation externe réalisée en 2013 vient confirmer et met en évidence l'importance de :
 « *L'ouverture est une orientation majeure à intégrer dans le projet et doit être un objectif* ». Les RBPP invite également à une « *Ouverture de l'établissement à/et sur son*

environnement »⁶³. A l'avenir, l'orientation majeure à donner à l'offre de service de l'EHPAD Raby Barboteau est l'intervention à l'extérieur.

2.2 Les enjeux majeurs concernant la prévention et le bien vieillir.

*« La commission européenne a mis en évidence "le bien vieillir", entendu comme vieillissement actif et en bonne santé, comme étant, l'un des défis de société majeurs commun à tous les États Membres »*⁶⁴

A présent, l'enjeu consiste au maintien de l'autonomie des personnes âgées et de retarder au maximum la perte d'autonomie, dans un souci de qualité de vie et pour préserver notre système de santé. La prévention y occupe une place centrale comme le rappelle la loi... qui en fait un de ses objectifs principaux. De plus, il est pour rappel un des objectifs de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Par conséquent, l'ANESM a mis en évidence les trois types de prévention suivante :

- La prévention de la préservation de l'autonomie pour améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie : la prévention primaire
- La prévention des pertes d'autonomie évitables : la prévention secondaire
- L'évitement de l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité : la prévention tertiaire

Ces trois types de préventions sont le fondement du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie⁶⁵.

Le Schéma gérontologique 2015-2019 du Département de la Charente est orienté sur la prévention primaire. En effet, le but est de limiter dans les années à venir le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Pour autant, la prévention secondaire et tertiaire ne sont pas oubliées dans la mesure où le projet et le développement de pôle ressources de proximité répond aux différents niveaux de dépendance et de besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

⁶³ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, "Ouverture de l'établissement à et sur son environnement", Décembre 2008, disponible sur internet : <https://www.anesm.sante.gouv.fr>

⁶⁴ IGLESIA.GOMEZ.M, « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques », Livre blanc, 2015. page 4, disponible sur internet : www.fragilite.org/livreblanc

⁶⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, « Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie », coordination J.P. Aquino, Président du Comité Avancée en âge, mission d'appui de la DGOS, septembre 2015, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

2.2.1 Enjeu de prévention : Un cadre et des objectifs

L'objectif actuel est de prévenir la perte d'autonomie en s'appuyant sur les professionnels de proximité. Depuis le 1^{er} avril 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a repris les missions et travaux de l'ANESM. En 2015, le ministère des Affaires sociales publie le rapport du docteur Jean-Pierre Aquino, président du comité "Avancée en âge", en octobre 2012. Il s'agit du "*plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie*"⁶⁶. Ce plan fait suite à un rapport du docteur Aquino, intitulé "*Anticiper pour une autonomie préservée: un enjeu de société*"⁶⁷. Ses conclusions ont inspiré le rapport remis à Marisol Touraine et Laurence Rossignol. Pour la secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie, ce plan permet aux acteurs de terrain de disposer "*d'un cadre et d'objectifs : l'amélioration des grands déterminants de la santé et de l'autonomie, la prévention des pertes d'autonomie évitables, la formation des professionnels à la prévention de la perte d'autonomie ou encore le développement de la recherche et des stratégies d'évaluation*". Ce plan résulte du comité de pilotage des préfigurateurs de la conférence des financeurs. Il est composé d'instances du département, agences régionales de santé, caisses de retraite, mutuelles et ANAH qui sont chargées de son déploiement et de son financement.

Le plan comprend cinq axes d'actions et une trentaine de "fiches opérationnelles", suivant la même logique : contexte, enjeux, objectifs, mesures, outils et bonnes pratiques, métiers impactés, opérateurs et évaluation.

A) Tout se joue avant le vieillissement : prévention primaire

La prévention en termes de santé doit débuter dès le plus jeune âge. Les actions et comportements préventifs préconisés sont les conditions du bien-vieillir à tous les âges. Le premier axe, la prévention primaire propose une amélioration déterminante de la santé et de l'autonomie. En effet, elle se situe en amont et au-delà du vieillissement.

Elle ambitionne de promouvoir l'autonomie tout au long de la vie en passant par :

- la promotion d'une alimentation équilibrée,
- des activités physiques et sportives adaptées à chacun,
- des accompagnements en faveur de la santé des proches aidants,
- l'écoute favorable à l'émergence d'un projet de vie après la retraite,
- lutter contre l'isolement,
- le maintien des seniors en activité dans le cadre de l'allongement des carrières.

⁶⁶ AQUINO.J.P, Rapport "*plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie*", disponible sur internet: www.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

En présence d'un EHPAD pôle ressources de proximité, tous les critères précités de la prévention primaire peuvent y trouver réponse.

B) Prévention de la perte d'autonomie : prévention secondaire

La prévention secondaire doit prévenir les pertes d'autonomie ou leur aggravation. Pour se faire, il s'agit :

- de simplifier l'obtention des aides techniques et des diagnostics sur l'habitat,
- de lutter contre la sédentarité et la prévention des chutes,
- de prévenir les risques de dépression et les troubles cognitifs,

Pour les personnes âgées, des actions de prévention de la perte d'autonomie voire de son aggravation sont mises en place en EHPAD. La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées tient aux organisations mises en place :

« Prévenir ces situations représente un véritable défi qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, mais aussi des actions conduites dans les établissements de santé. Stabiliser des situations caractérisées par une incapacité en préservant et valorisant les capacités restantes et en évitant une aggravation lorsque la récupération n'est guère possible, en particulier dans les EHPAD⁶⁸ ».

C) Prévention de l'aggravation des situations : prévention tertiaire

La prévention tertiaire œuvre pour éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité. Les registres concernés sont :

- la lutte contre la dénutrition,
- l'amélioration du parcours santé,
- la mobilisation des structures hospitalières autour de l'accompagnement du retour à domicile,
- la formation et la sensibilisation des personnels en EHPAD.

Le quatrième axe est peu développé au regard de l'enjeu. Il vise la réduction des inégalités sociales de santé, tandis que le cinquième recouvre la formation des professionnels à la perte d'autonomie, notamment en renouvelant les pratiques.

⁶⁷ AQUINO.J.P, Rapport "Anticiper pour une autonomie préservée: un enjeu de société", Article du 11 mars 2013, disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr>

⁶⁸ AQUINO.J.P, « Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie », coordination J.P. Aquino, Président du Comité Avancée en âge, mission d'appui de la DGOS, septembre 2015, page 15, disponible sur internet : www.socialsante.fr

2.2.2 Les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie et/ou de son aggravation

Au-delà de cette évaluation, des actions concrètes de repérage peuvent être mises en place. Les principaux domaines à observer sont la nutrition, l'activité physique, la mobilité, la fatigue, la force, la cognition, l'humeur, les relations sociales et l'environnement, la dépendance⁶⁹ mais aussi la polyopathie, la chute, la polymédication et le risque d'iatrogénie médicamenteuse. Ces derniers sont des facteurs majeurs d'hospitalisation évitables⁷⁰ notamment en EHPAD. Par le travail de proximité, l'EHPAD et les professionnels du domicile peuvent participer à différents niveaux d'observation à ce repérage. Ces évaluations contribuent à l'élaboration du projet personnalisé⁷¹ et ainsi pour les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile permettent une prise en compte personnalisée et plus fine de son accompagnement. C'est pourquoi, la prévention des risques et les recommandations de l'ANESM pour les professionnels s'accompagnent de fiches repères pour faciliter le repérage des situations à risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Ces fiches portent sur la mauvaise nutrition/dénutrition et déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs. Enfin, une fiche-repère est aussi consacrée aux aidants⁷² dont nous avons vu que la présence régulière au sein de l'EHPAD contribue souvent à la qualité de vie du résident.

2.2.3 La Prévention auprès des proches aidants et les recommandations

En 2014, l'ANESM a publié des recommandations concernant le soutien des proches aidants non professionnels à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les proches aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. Les proches aidants se définissent comme :

« La personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide

⁶⁹ GERARD, S. « *Les outils d'évaluation de la fragilité* ». Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre Blanc. 2015. page 37-48, disponible sur internet : www.fragilite.org/livreblanc

⁷⁰ ANESM, HAS. « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD* ». Fiche points clés et solutions – Organisation des parcours. Saint-Denis, 2015, disponible sur internet : www.anesm.sante.gouv.fr / <https://www.has-sante.fr>

⁷¹ ANESM, « *L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé sont définies dans les recommandations* », « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* », « *Qualité de vie en EHPAD. Volet 1* », Saint-Denis, 2011. pp. 45-58.

⁷² Définition de la Confédération des Organisations de l'Union Européenne (Coface handicap), le collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (CIAAF) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes ».

Désormais est inscrit dans l'article 51 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'article L.113-1-3 :

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

Nous considérerons donc tout au long de ces recommandations, « l'aidant », comme la personne identifiée par la personne âgée lors de l'élaboration de son projet personnalisé au sein du volet social. L'aidant est un proche qui intervient régulièrement dans l'accompagnement de la personne. Les recommandations visent à prendre en compte sa présence régulière. En effet, celle-ci contribue au maintien de l'autonomie de la personne. Une diminution de cette présence peut conduire à un risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. L'enjeu majeur est d'assurer le bien vieillir dans des conditions harmonieuses, pour se faire utiliser les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM portant sur « la qualité de vie ».

2.3 Le droit au répit de l'aidant

Le répit est défini dans le dictionnaire Larousse⁷³ comme :

« Un repos, une interruption dans une occupation absorbante et ou contraignante ».

Concernant l'accompagnement des personnes malades ou dépendantes et l'aide aux proches aidants, le répit peut être défini comme⁷⁴ :

« Un temps de pause dynamique et un accompagnement global et durable des personnes malades et invalidées et de leurs aidants ».

L'aidant est défini dans le dictionnaire Larousse comme :

« Personne qui s'occupe d'une personne dépendante (âgée, malade ou handicapée) ».

En 2015, la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement a instauré un droit au répit pour les proches aidants de personnes âgées de plus de 60 ans en situation de dépendance. Celle-ci fait suite à quelques années de réflexions et d'observations.

⁷³ LAROUSSE, « Dictionnaire », disponible sur internet : www.larousse.fr

⁷⁴Le Centre National de Ressources Soins Palliatifs : « Qu'est-ce que le répit ? », Fondation France Répit, disponible sur internet: http://www.france-repit.fr/le_repit/un-enjeu-de-societe/

Les solutions de répit s'adressent aussi bien aux proches aidants qu'aux personnes accompagnées, même si la finalité n'est pas la même. Comme décrit dans le diagnostic, pour l'EHPAD, l'obligation de répondre aux besoins des proches aidants est indispensable. En appliquant cette mesure simple de droit au répit par l'action de l'EHPAD pôle ressources de proximité, nous pouvons renforcer la contribution de l'EHPAD au soutien à domicile de manière pérenne.

2.3.1 La place incontournable du proche aidant

Nous avons vu que l'intervention de l'aidant permet à la personne âgée de rester à domicile ou dans son environnement familial. L'aide informelle que les proches apportent à une personne âgée dépendante est très diversifiée. Elle concerne l'aide pour les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), ainsi que les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ). L'aide implique le soutien physique et moral sous toutes les formes. L'accompagnement vise au maintien et à la participation à la vie sociale de la personne âgée en perte d'autonomie. Ces missions sont pesantes pour le proche aidant particulièrement la nuit qui génère épuisement, stress et surmenage. Aussi, l'aidant porte la responsabilité de reconnaître les signes liés à la perte d'autonomie, la maladie et les comportements. Par conséquent, la qualité du soutien est déterminante dans l'évolution de la personne âgée en termes d'autonomie et de suivi de la maladie. Outre les activités indispensables qui prennent beaucoup de temps (toilette, habillage, repas...), il s'agit de stimuler par des activités adaptées la personne afin de conserver, prolonger ou améliorer son niveau d'autonomie.

Selon l'étude IPSOS/INPES⁷⁵, le soutien moral constitue l'aide la plus fréquente apportée devant les aides administratives. Les proches aidants soucieux de bien faire, fournissent beaucoup d'efforts ce qui provoquent l'épuisement. En réponse, il existe différentes formes de soutien⁷⁶. En effet, au moment de l'admission à l'EHPAD Raby Barboteau un proche aidant sur deux pleure d'épuisement⁷⁷, il verbalise sa fatigue psychologique et physique. Dans l'étude Pixel, la charge de travail est estimée à plus de 6 heures par jour pour 70 % des proches aidants conjoints et 50 % des proches aidants enfants⁷⁸. D'après

⁷⁵ HAS. « *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne* ». Janvier 2009. Page 6

⁷⁶ BIEN VIEILLIR, Centre de prévention AGIRC et ARCO, association loi 1901 qui assure 3000 bilans annuels en direction des personnes âgées et des proches aidants afin d'évaluer et de prévenir les risques de la perte d'autonomie et d'épuisement chez le proche aidant, disponible sur internet : www.centreprevention.com

⁷⁷ J'ai accueilli 17 personnes âgées et leur famille (proche aidant) à l'EHPAD dont 9 familles en pleurs.

⁷⁸ HAS. « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des proches aidants naturels* ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Février 2010, disponible sur internet : <https://www.has-sante.fr>

l'étude de la DREES⁷⁹, un aidant sur cinq ressent une charge importante (dont 8 % une charge lourde) et cela a des conséquences sur le ressenti de l'aidant.

Une note de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)⁸⁰ tire les enseignements d'une comparaison des politiques d'aide aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe. Dans le cadre du programme de recherche européen Interlinks, un groupe de travail s'est interrogé sur la possibilité d'isoler et de décrire un ensemble de mesures qui dessinerait l'ossature d'une politique spécifique « d'aide aux aidants ».

Comment évaluer l'impact de cette politique sur ses destinataires ?

Comment juger de sa capacité à s'intégrer de façon synergique à celle destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie ?

Afin de répondre à ces questions, un cadre conceptuel a été élaboré. Il a abouti à une classification originale des différents types de mesures de support à partir de critères. En effet, le principal distingue les mesures dites spécifiques, ciblant uniquement les proches aidants, de celles dites non spécifiques, visant simultanément aidants et les aidés.

C'est le projet interlinks :

« Modéliser les interfaces et les liens entre prévention, qualité des services et contribution des proches aidants ».

En 2008 à 2011 le Centre européen de recherche et d'analyse des politiques sociales de Vienne (ECWPR) a recensé et classé les aides selon leurs caractères :

- Les aides ciblant uniquement l'aidant (spécifiques) ou non (non spécifiques)
- Les aides visant à améliorer « le travail » de l'aidant sur le terrain (directes) ou à améliorer le contexte de ce « travail » (indirectes).

⁷⁹ SOULIER.N. « *Enquête Handicap-Santé auprès des proches aidants informels* », DREES, 2008. Etudes et résultats n°799, mars 2012. Page 8

⁸⁰IRDES, Les constats et réflexions de l'IRDES, disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf>

• **Classification des mesures d'aide aux aidants selon Interlinks⁸¹**

Mesures spécifiques directes

EN NATURE

Approche cognitive

- Information, conseils, avis
- Éducation, formation : des proches aidants ; des proches aidants pour « aider » les proches aidants professionnels

Approche émotionnelle, psychologique

- Soutien apporté par : des professionnels des groupes de pairs

Approche sociale

- Loisirs, bons moments, culture, vacances...

Approche « santé »

- Check-ups/visites médicales/Cafés « Alzheimer »
- Programme « Bien vieillir »

MONÉTAIRES

Types d'usage

- Complément de revenu
- Reconnaissance symbolique
- Substitut à l'aide professionnelle

Mesures spécifiques indirectes

Reconnaissance « politique »

- Groupe de revendication

Facilitation de l'activité professionnelle des proches aidants

- Droits à la retraite
- Droits à la protection sociale
- Existence de congés « aidant familial » et possibilité d'être rémunéré : Oui / Non
- Aménagement des horaires de travail (activité professionnelle) : Légal / Informel

Reconnaissance des besoins de l'aidant

- Évaluation spécifique des besoins

⁸¹ IRDES, « *Classification des mesures d'aide aux aidants selon Interlinks* », disponible sur internet : www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf

Mesures non spécifiques directes

Modalités de répit

- Séjours temporaires en institution
- Centres de jour
- Garde à domicile de la personne âgée (nuit, jour, 24h/24, week-end)

Mesures non spécifiques indirectes

MONÉTAIRES

- Allocation pour la personne âgée dépendante
- Budget personnel
- Exemptions fiscales ou de charges sociales (employeur)
- Bons monétaires (Chèque emploi-service universel, Cesu)

EN NATURE

- Accès aux services de soins de long terme (financement public)
- Adaptation du logement
- Informatique : Télésurveillance simple / Télésurveillance complexe

L'aidant trouve de la satisfaction dans l'aide qu'il apporte ainsi qu'une certaine gratification dans la place qu'il occupe au regard de l'entourage et des professionnels. Cependant, il faut être vigilant aux besoins de l'aidant et prendre soin de lui. C'est pourquoi, la reconnaissance des besoins de l'aidant est primordiale dans les réponses apportées.

En effet, elles sont aujourd'hui des mesures incluses dans les politiques du soutien à domicile. Certains pays comme la Suède, les Pays-Bas développent déjà des aides adaptées et individualisées en fonction des besoins de l'aidant. Cependant d'autres pays, y compris la France n'en sont pas encore là. La loi ASV et les dernières parutions témoignent d'une réflexion qui va dans ce sens. La distinction entre mesures visant uniquement les proches aidants (mesures spécifiques) et celles visant les deux acteurs simultanément (mesures non spécifiques) est donc essentielle même s'il convient de mesurer dans tous les cas leurs effets sur chacun des acteurs concernés. L'enjeu d'une politique d'aide aux aidants réside donc dans sa capacité à répartir les différentes mesures afin qu'elles puissent répondre de manière équilibrée aux intérêts et besoins diversifiés, et non nécessairement congruents, de chaque acteur. Le cadre de description des mesures de support aux aidants a été conçu pour faciliter la description et l'analyse comparée de ces politiques et de leurs impacts. L'EHPAD pôle ressources est un support

de proximité qui vient répondre de manière simultanée et concrète aux intérêts de l'aidé et du proche aidant.

2.3.2 Evolution de la prise en compte du répit et du proche aidant

La logique des politiques d'aide aux aidants ne se comprennent qu'à l'aube des changements d'orientation des politiques visant les personnes âgées dépendantes. Dans une partie des pays du sud regroupant, la France, l'Allemagne et l'Angleterre, la politique d'aide aux aidants commence à se mettre en place à partir de 1995 dans le cadre d'une économie libérale et marchande en voie de globalisation. Le secteur privé est sollicité pour concurrencer les offres publiques, dont les prestations sont jugées peu efficaces et insuffisamment flexibles⁸². Par conséquent, en plus des prestations en nature, deux types de prestations monétaires seront diffusées selon des logiques propres à chaque pays⁸³ : celles ciblant les personnes âgées, sous la forme d'une allocation spécifique telle que l'APA en France, ou, de façon plus globale, sous la forme de « budgets personnels » incluant toutes les autres formes d'aides financières, en Angleterre et aux Pays-Bas. Dans les pays du Sud, l'Allemagne, l'Angleterre et la France, des prestations vont servir de colonne vertébrale au financement des politiques visant les personnes âgées dépendantes en solvabilisant l'accès à l'aide professionnelle. Elles ne serviront à rémunérer les proches aidants que de façon marginale. En Suède et aux Pays-Bas, elles seront promues comme outils du libre choix des personnes âgées dépendantes en matière de prestataires et de services⁸⁴.

Un second type de prestations monétaires, qui cible directement l'aidant et n'existe ni en France ni en Allemagne, sera introduit en Angleterre et, de façon marginale, en Suède. Les prestations monétaires attribuées aux aidants permettent de leur témoigner une reconnaissance de leur participation sociale. Elles ont pour vocation de garantir leur présence auprès des personnes âgées dépendantes dans la durée. Il s'agit de lutter contre l'effet de pauvreté et de faciliter financièrement l'accès des proches aidants. Pour les proches aidants en emploi, ces prestations visent une meilleure conciliation entre emploi et aide puisqu'elles sont censées permettre de rémunérer d'autres personnes pour

⁸² ROSTGAARD.A, « *Soins entre travail et bien-être dans les sociétés européennes* ». T. éditions Ce livre donne un aperçu du cadre théorique des « tensions » liées aux soins aux enfants et aux personnes âgées. Il analyse si, et dans quelles conditions, les réformes de l'État providence ont contribué à renforcer les tensions existantes, à créer de nouvelles tensions ou à relâcher de telles tensions.

⁸³ VIRIOT.JP, RAYMOND.E, MOULAERT.T, CHARPENTIER.M, « *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : Pour une perspective internationale* », disponible sur internet : <https://books.google.fr/books>

⁸⁴ DA ROIT.B, LE BIHAN.B, « *Dépendance, soin de longue durée et politiques publiques en Europe* », PUR, Viellesse et vieillissement, Regards sociologiques, Presse universitaires de Rennes, page 127-140, 2014, disponible sur internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166698/document>

participer à l'aide. C'est à l'aune de ces différents objectifs qu'il convient de mesurer l'impact de ces prestations en nature⁸⁵.

La prise en compte du proche aidant dans la globalité de ses besoins lui permet d'aborder son « rôle » sereinement. Ainsi, l'EHPAD pôle ressources de proximité permet une réponse concrète aux deux acteurs aidé et proche aidant c'est donc une mesure non spécifique. C'est une approche intéressante dans la mesure où l'EHPAD répond aujourd'hui de manière partielle aux besoins de répit de l'aidant par son offre de service actuelle. Ainsi, en venant se positionner sur une offre de service à domicile et notamment en couvrant les besoins de la nuit, l'offre devient globale et complémentaire à l'existant sur le territoire. Un tel élargissement de l'offre de service implique un travail partenarial conséquent. En définitive, la démarche intégrative que je développe en suivant donne l'opportunité d'une réponse adaptée.

2.4 La Démarche intégrative : du travail partenarial à la coresponsabilité

2.4.1 La coordination des dispositifs et le concept d'intégration

La coordination est mise en œuvre de différentes manières selon les pays. Aux Etats-Unis, au Québec, en Allemagne et en Angleterre, la coordination est déterminée en fonction du parcours de soins de la personne⁸⁶. Dans ce modèle, les modes de prise en compte des patients sont en fonction de l'évaluation de leur état de santé. La coordination entre les professionnels est différemment organisée, suivant la complexité de la situation. Dans les situations « critiques », le gestionnaire de cas est l'unique interlocuteur du patient afin d'optimiser la prise en compte globale, de son entourage et de l'ensemble des professionnels. Le gestionnaire articule l'ensemble des dispositifs et aides adaptées aux besoins de la personne âgée et de son aidant pour élaborer un plan de soins global et cohérent. Ce travail permet d'apaiser les situations complexes autant que de réduire la complexité du système d'accompagnement et de soins. Il vise à faciliter l'accès aux différents services et à les rendre ainsi plus efficaces. L'organisation de la coordination des professionnels va au-delà du simple développement de relations entre professionnels, il s'inscrit dans une démarche de coresponsabilité pérenne. En effet, le parcours de la personne âgée suivie est construit dans un projet pluridisciplinaire commun pour soutenir la vie au domicile. Cette organisation illustre un concept, celui de

⁸⁵ GLENDINNING.C, « *Rapport sur la santé en Europe 2009 : santé et système de santé* », 2009, disponible sur internet : <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/2335.pdf>

⁸⁶ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), « *Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux* », Expertise collective, 2007, annexe 3, page 651, disponible sur internet : www.ipubli.inserm.fr

l'intégration des services. En 1990, le concept d'intégration apparaît et se développe depuis peu dans les politiques publiques. Il tend à remplacer la « coordination ». En France, l'expérimentation de ce modèle a fait l'objet du projet PRISMA⁸⁷. L'objectif était de mettre en œuvre et d'évaluer le concept d'intégration des services au profit des personnes âgées en perte d'autonomie. Le rapport PRISMA⁸⁸, publié en 2008, reprend le concept d'intégration tel que défini par Walter LEUTZ⁸⁹. Un système d'organisation des dispositifs et des professionnels offre de façon permanente à l'utilisateur l'accès direct à l'ensemble des services du territoire en fonction de ses besoins. La fragmentation des services prend son origine dans leurs propres complexités puis est préjudiciable à l'utilisateur. C'est de ce rapport que vont naître les MAIA. Le modèle d'intégration est la base même et la raison d'être des MAIA aujourd'hui reconnues entités médico-sociales de droit commun. En 2012, la société française de gériatrie et gérontologie a demandé à un groupe d'experts, un travail sur la notion d'intégration des services et des soins dans le champ gérontologique. Un rapport a été remis en mars 2014. Les auteurs écrivent :

« Plus la société devient complexe et tend à développer l'hyperspécialisation, plus le besoin se fait sentir d'une gestion plus intégrée des dispositifs permettant de mieux répondre aux besoins des personnes, tout en tenant compte des enjeux économiques actuels⁹⁰ ». Pour comprendre les enjeux portés par le concept d'intégration, il est intéressant de le distinguer de celui de coordination.

⁸⁷ Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie en France (PRISMA), recherche financée par la CNSA, la Direction Générale de la Santé (DGS) Régime social des indépendants (RSI) entre 2005 et 2008 en France

⁸⁸ Rapport PRISMA France Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action, sous la responsabilité de Dominique Somme et Olivier Saint-Jean, décembre 2008, introduction, page 11

⁸⁹ LEUTZ.W, professeur à l'Université Brandeis, Boston, spécialiste de l'intégration des services

⁹⁰ SOMME.D, « *The French society of geriatrics and gerontology position paper on the concept of integration Part one* », publié dans la revue Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, Volume 12, numéro 1, Mars 2014, consulté en ligne sur le site http://www.jle.com/en/revues/gpn/sommaire.phtml?cle_parution=3958, le 14 août 2014

• **Comparisons of coordination and integration concepts as a means of organizing systems** ⁹¹

	Coordination	Intégration
Public cible	-Définition d'un public vulnérable avec le fait de rejoindre des partenaires	-Définition d'un public vulnérable. Approche territoriale obligatoire (ce n'est pas le fait de rejoindre un partenaire qui doit être défini comme critère)
Niveau impliqué	- Peut se concevoir seulement à un seul niveau - Principalement la direction des services et la délivrance (non discriminant) - Le niveau institutionnel est un élément de contexte	- Obligatoirement plusieurs niveaux - Principalement la direction des services et la délivrance (non discriminant) - Le niveau institutionnel doit être visé dans sa participation active à la réorganisation
Secteurs touchés	- Peut se concevoir en intra-secteur (par exemple entre services sociaux ou entre services médicaux)	- Obligatoirement inter-secteur
Objectifs visés	- Généralement non discriminant à un niveau général	- Généralement non discriminant à un niveau général
Moyens déployés	- Travail sur les articulations entre les organisations (mode de recours, conventions inter organisation, fiche de liaison) - Habituellement pas de partage de responsabilité sur le budget alloué (un acteur responsable) - Pas de remise en cause de la logique de mission (chacun reste responsable de la mission préalablement définie) -Partage d'outils pour les interfaces mais pas de partage d'outils dans la gestion interne de l'activité des structures	- Travail sur les articulations non priorisées - Partage obligatoire de responsabilité sur le budget alloué et le projet mené (au moins un processus prévu pour y parvenir) - Remise en cause obligatoire du fonctionnement interne des partenaires (outils cliniques utilisés, procédures, moyens, mode d'orientation et missions) (de la même façon il peut s'agir du processus prévu pour y parvenir) - Partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population (ou processus prévu pour y parvenir)

L'intégration est un processus visant à restructurer et améliorer le niveau de réponse des professionnels. C'est un engagement dans un travail de réflexion qui vise une interdépendance et une coresponsabilité, la finalité étant l'accomplissement d'une mission commune. La notion de territoire y est importante, elle donne un cadre supplémentaire à

⁹¹ Ibid

l'interdépendance des professionnels. Le périmètre géographique est un facteur de rapprochement pluridisciplinaire et une incitation à plus de proximité avec la personne âgée en perte d'autonomie à domicile et son aidant.

L'intégration est un modèle de construction organisationnelle qui permet aux professionnels une réflexion commune afin d'atteindre l'objet de leur mission. L'intérêt est de se rassembler pour être plus efficaces. C'est « resserrer » les rangs du maillage territorial pour faire preuve de cohérence dans l'accompagnement des personnes tout au long de leurs parcours. Voici pour illustrer mon propos, un exemple de démarche intégrative qui a pris appui sur un travail effectué avec la MAIA Sud-Ouest Charente lors d'une réunion.

Lors d'une réunion avec la MAIA dédiée aux Accueil de jour, je mettais en avant l'intérêt que nous trouverions à avoir le retour des évaluatrices APA du Département : elles élaborent et proposent des plans de soins mais il revient ensuite à la personne âgée et son aidant familial de mettre en œuvre les démarches. Par exemple sur l'accueil de jour, l'évaluatrice recommande des journées d'accueil de jour mais en reste là. Si les accueils de jour du territoire sur lequel vit la personne âgée étaient informés de cette préconisation et prenaient contact avec la personne âgée et sa famille, nous serions dans une démarche intégrative avec une optimisation sur le territoire des Accueils de jour. Ce faible taux d'occupation des accueils de jour sur le plan national met en évidence le déficit du « travailler ensemble ». Pour une efficacité de l'accueil de jour, les EHPAD devraient recevoir le plan d'aide élaboré par les évaluatrices APA... Ce point est transposable à l'EHPAD à domicile et permet d'être présent et d'aller au-devant des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur proche aidant.

Par la démarche intégrative, l'EHPAD est dans un processus qui apporte une réponse en amont des problématiques du domicile et vient soutenir les politiques publiques du soutien à domicile.

2.4.2 Processus d'intégration et évolution du système de santé

La Haute Autorité de Santé décrit l'intégration de la manière suivante⁹² :

« Elle est définie comme un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ces techniques peuvent porter sur le financement, l'organisation administrative et les soins. A l'inverse de la coordination entre organisation

⁹² HAS, « *Intégration territoriale des services sanitaires sociaux et médico-sociaux* », points clés, solutions et organisation des parcours, Haute Autorité de Santé, Septembre 2014, disponible sur internet : <https://www.has-sante.fr>

qui vise à animer le mieux possible la fragmentation du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant ».

Ce processus d'intégration, partenarial et collaboratif repose sur trois mécanismes complémentaires et interdépendants :

1. La concertation : c'est une dynamique formalisée de dialogue établie au niveau des opérateurs du territoire ainsi qu'au niveau des instances décisionnelles départementales, avec les représentants des professionnels et les représentants des usagers. Ce dialogue alimenté par un diagnostic territorial partagé et évolutif, permet l'organisation ou la réorganisation de l'offre à l'échelle d'un territoire pertinent.
2. Le guichet intégré⁹³ de la MAIA : c'est une modalité d'organisation de l'ensemble des points d'accueil à proximité de la population des personnes âgées et des acteurs de l'aide et du soin. L'organisation en guichet intégré s'appuie sur une connaissance renforcée de l'offre et sur l'usage des outils communs d'analyse des situations. Cette structuration permet une orientation précoce et mieux ciblée des personnes âgées. Elle vise à réduire pour l'utilisateur et son aidant, le nombre d'interlocuteurs à contacter et ainsi d'obtenir une réponse anticipée plus globale plus adaptée et donc plus équitable.
3. La gestion de cas : ce 3^{ème} mécanisme permet de répondre aux besoins de personnes âgées en situations particulièrement complexes, de soutenir les proches aidants et d'accompagner les professionnels en place. La position particulière des gestionnaires de cas au cœur des mécanismes de ruptures et de mises en échec des parcours de soins et de vie contribue à l'analyse et la compréhension du fonctionnement du territoire.

Pour illustrer, ces vingt dernières années, de nombreuses initiatives ont été prises pour mieux coordonner les professionnels de santé autour du parcours de leurs patients et notamment les patients âgés : CLIC réseaux de santé gériatriques, MAIA, PRADO, PAERPA⁹⁴ et plus récemment Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) ou

⁹³ CNSA, « MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement » le guichet intégré, publié le 12 février 2015, mis à jour le 22 août 2018, disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

⁹⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Le Dispositif PAERPA, « *Le parcours de santé de nos aînés* », Mai 2017, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Groupement Hospitalier Territoire (GHT). Cette profusion crée souvent de la confusion pour les acteurs de terrain et entretient une difficulté de compréhension de ces différentes organisations et de leur intérêt. Ainsi, la méthode MAIA a la capacité tout en portant une ambition nationale de s'adapter au plus près de chaque spécialité locale. Là où certains voient des logiques de concurrence entre les dispositifs pouvant s'adresser aux mêmes bénéficiaires, l'intégration a précisément pour objectif de positionner chaque intervenant et chaque organisation en tant qu'acteur du parcours de santé (organisateur du guichet intégré). Dans cette perspective l'EHPAD pôle ressources de proximité trouve sa place sur le modèle de l'intégration.

2.5 Conclusion deuxième partie

L'EHPAD positionné en mission préventive concourt à une logique de parcours pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches aidants. En effet, un EHPAD qui devient pôle ressources de proximité par son offre de service solutionne et couvre des segments non couverts à ce jour par rapport à la continuité des besoins des personnes notamment la nuit qui génèrent isolement et insécurité.

Ce dispositif répond également aux principes de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il permet aux personnes âgées de rester vivre chez elle plus longtemps et ainsi de réduire la liste d'attentes en répondant aux besoins et attentes. Les ressources et le savoir-faire des professionnels de l'EHPAD le positionne en tant qu'acteur incontournable dans le déroulement et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur proche aidant.

Cette nouvelle offre de service contribue à éviter ou à retarder ce point de non-retour qui imposera l'entrée contrainte en EHPAD de la personne âgée en perte d'autonomie.

Il revient à l'EHPAD pôle ressources de proximité de s'organiser pour être identifié ainsi. Il doit assurer sa promotion et pour cela savoir mettre en avant sa plus-value en identifiant clairement ses forces et en travaillant sur ses faiblesses. C'est dans cet esprit que je vous présente le projet de direction dans la partie suivante.

3 Développer un pôle ressources de proximité au sein d'un EHPAD et offrir des prestations à visées préventives au domicile

L'isolement des personnes âgées à domicile est en lien avec les difficultés d'accès à des avis spécialisés et aux équipes pluridisciplinaires gériatriques. Aussi, un temps de réponse trop long aux difficultés des personnes âgées à domicile les met en insécurité. De même l'offre de service sur le territoire ne répond pas à toutes les demandes.

Ainsi, l'objectif général du projet « EHPAD Pôle ressources de proximité » est de faciliter le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie tant à domicile qu'en établissement, en lui évitant des ruptures d'accompagnement, des hospitalisations, de passer d'interlocuteurs en interlocuteurs qui ne collaborent pas. Avec une volonté du Conseil d'administration de l'EHPAD Raby Barboteau qui se préoccupe de la meilleure réponse à apporter sur le territoire dans son offre de service, le Président a validé le projet « EHPAD Pôle ressources de proximité ».

Ainsi, le Pôle ressources de proximité va mutualiser les moyens et associer les acteurs face aux enjeux sociétaux, comme nous allons le voir en suivant.

3.1 L'EHPAD pôle ressources de proximité : articuler le projet avec l'existant

3.1.1 La délimitation du projet

L'ARS⁹⁵ par les appels à projets de l'EHPAD « Pôle ressources de proximité » vise à faire émerger des initiatives novatrices apportant une évolution des prestations par des actions à visées préventives et/ou thérapeutiques. De leur côté, les politiques publiques demandent à développer des approches du système de santé qui soient efficaces ; c'est-à-dire avec une capacité à créer un réel effet positif sur la personne âgée. Elles doivent aussi être pertinentes dans la mesure où l'on attend que l'effet convienne exactement aux attentes et besoins de la personne âgée et des politiques publiques tout en faisant du lien avec les acteurs de santé du territoire (ambulatoire, sanitaires et libéraux, médico-sociaux).

⁹⁵ARS, « Appel à candidature (ACC) Expérimentation Etablissement Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) – Pôle ressources de proximité », 2017, disponible sur internet : www.ars.sante.fr

A la lumière de ces deux critères, les définitions suivantes vont nous aider à comprendre ce que signifie le P R de Prox et à en délimiter le périmètre d'action:

- La notion de « Pôle » indique qu'il s'agit bien de mobiliser un plateau technique de compétences plus que l'indentification d'une structure référente sur un territoire. Ainsi, il s'agit pour l'établissement de valoriser ses savoir-faire et compétences. Le travail pour les soignants reste le même car seul l'environnement change.
- La fonction de « Ressources » indique que l'établissement assume une forme de responsabilité sociale. Par cette fonction, l'image de l'EHPAD telle que nous la connaissons aujourd'hui change, et de « mouvoir » l'EHPAD voit son image évoluer favorablement. En effet, il peut désormais concourir à la continuité d'une vie à domicile sécurisante au sein d'un environnement familial, profitable au bien-être de la personne âgée et de son proche aidant.
- L'enjeu de « proximité » fait référence au pivotement de l'établissement vers sa zone naturelle d'interactions pour renforcer une démarche intégrative territoriale qui responsabilise et encourage au partage avec tous les acteurs du territoire. Cette proximité permet la connaissance des personnes âgées qui entourent l'EHPAD. Cela instaure un lien privilégié, une relation de confiance qui sort la personne âgée et son proche aidant de son isolement, de son manque d'information, de la non prise en compte de ses besoins.

Pour aller plus loin dans ces définitions, le Pôle ressources de proximité se précise et laisse apparaître qu'il va reposer sur un ensemble de dispositifs intégrés :

Une offre d'accompagnement plus souple :

1. L'accueil séquentiel de jour :

L'accueil séquentiel de jour de l'EHPAD « Raby Barboteau » comprend 6 places ouvertes depuis le 15 juin 2011. Il consiste à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine, du lundi au vendredi, des personnes âgées vivant à domicile, dans des locaux dédiés à cet accueil.

Pour rappel : les objectifs de l'accueil de jour sont considérés comme doubles : thérapeutique pour la personne tout en étant un lieu de vie, et offre de répit pour l'aidant. Ce lieu de vie a donc un objectif important de resocialisation ou de maintien de la socialisation ; de préserver, maintenir, voire restaurer l'autonomie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ; et de permettre la poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions

possibles, tant pour eux que pour les proches aidants. Il permet de repousser l'entrée en EHPAD, voire même de la repousser à la période de fin de vie.

Afin de répondre à ces objectifs, différents moyens permettant d'y parvenir ont été mis en place :

- Réussir et organiser l'accueil des usagers
- Accompagner les aidants et les familles
- Dédier des locaux adaptés
- Accompagner les personnes accueillies

Grâce à un projet social et un travail en réseau efficace. L'EHPAD pôle ressources de proximité en lien avec les différentes structures proposées sur le territoire va diffuser les informations sur les aides auprès des aidants (MAIA, E.S.A, A.P.A, coordonnées de l'assistante sociale, ...).

La mise en œuvre de journées d'accueil de jour sont à programmer en fonction des goûts de la personne, en matière d'activités, et de ses centres d'intérêts afin d'obtenir son adhésion à ce projet, mais aussi en fonction du stade d'avancement de l'état de santé de la personne. Les journées peuvent aussi être programmées en fonction des besoins du proche aidant.

L'EHPAD pôle ressources de proximité va soutenir et préserver le soutien qu'assure un aidant à son proche. En effet, le proche aidant est extrêmement précieux pour la qualité de vie quotidienne de ce dernier. Il lui apporte souvent un équilibre que ne pourraient prodiguer les seuls intervenants professionnels. L'EHPAD pôle ressources de proximité donne accès, à un moment ou à un autre, à des modalités de soutien renforcé, pour leur permettant de «souffler», de prendre des congés ou de répondre à leurs propres besoins de santé. L'accueil proposé par l'EHPAD pôle ressources de proximité permet de trouver un lieu où s'informer, un lieu d'écoute.

2. L'accueil d'urgence 24h/24 :

Dispositif d'accompagnement reposant sur la création d'une place d'accueil d'urgence à l'EHPAD pour mettre la personne âgée en sécurité. Cet accueil est à encadrer par une convention entre l'EHPAD pôle ressources de proximité, le Département et l'ARS.

Ce dispositif, répond à des critères précis d'urgences médico-sociales. Il évite des hospitalisations inutiles en mobilisant les ressources de l'EHPAD signataire.

Les personnes accueillies sont âgées de 60 ans ou plus, résidant sur le territoire de l'EHPAD Raby Barboteau. Des personnes dont les pathologies sont stabilisées

et ne justifient pas d'une urgence médicale mais d'un critère d'urgence médico-social comme suit :

- Défaillance brutale du proche aidant principal à domicile (hospitalisation, abandon domicile, décès, dégradation brutale de l'état de santé)
- Maltraitance avérée avec nécessité de mise en sécurité immédiate, signalée par un des déclarants suivants : Mairie, gendarmerie, CCAS, urgences hospitalières, Procureur, services sociaux, médecins traitants, services de mandataires judiciaires ...
- Relogement nécessaire (expulsion, destruction partielle ou totale du domicile, suppression d'agrément familles d'accueil...)

L'accueil est à proposer sur une durée de 14 jours.

L'orientation doit se faire par tous les professionnels repérant une personne âgée nécessitant un accueil d'urgence comme : les services de l'Etat ou du Département, les autorités judiciaires, les Centres hospitaliers, les services sociaux du secteur, les professionnels libéraux, les associations de maintien à domicile (SAD, SPASAD...), les CCAS, les Maires, les mandataires judiciaires ce qui correspond à la mise en œuvre de la démarche intégrative.

Pour solliciter un accueil d'urgence, il faut créer :

- > Une fiche de demande d'accueil en urgence,
- > Un site internet EHPAD Raby Barboteau, avec la possibilité de télécharger une demande (Documents de fonctionnement + Dossier admission en EHPAD Cerfa n° XXXXX à compléter à minima)
- > Un contact par mail à la pilote de la MAIA : contact@maia.fr Ou téléphoner directement au : 00.00.00.00.00

Dans la mise en œuvre, les demandes d'accueil sont à réceptionner les jours ouvrés, entre 9h et 17h à l'EHPAD pôle ressources de proximité.

PRECISION : Il ne s'agit pas d'un hébergement temporaire mais bien d'un hébergement d'urgence, faisant l'objet d'un contrat de séjour à durée déterminée à créer. Dès l'admission, l'ensemble des partenaires et orienteurs se mobilisent pour trouver une solution de sortie : entrée permanente en EHPAD, hébergement temporaire, retour au domicile, solution familiale, famille d'accueil...

Un tarif unique est à créer, aligné sur le tarif Aide Sociale Départemental + ticket modérateur de l'EHPAD Raby Barboteau. Après vérification de l'éligibilité de la situation au dispositif, la demande est transmise à tous les partenaires.

3. L'accompagnement de nuit au domicile :

Des conventions sont déjà signées entre l'EHPAD Raby Barboteau, l'hôpital de cognac, l'hôpital de Barbezieux, le Département et l'ARS. Cependant, ce nouveau

dispositif va amener à redéfinir notre convention sous réserve de l'obtention des finances des appels à projet.

Dans la continuité des aides au domicile qui sont apportées le jour par d'autres professionnels, l'EHPAD propose à l'aidé et le proche aidant une assistance de nuit. À tout moment ils peuvent contacter l'infirmerie de l'EHPAD par un système d'appel d'urgence relié aux téléphones d'astreintes. Ainsi, dans le projet, en fonction de la situation, l'infirmière évalue la réponse à apporter et, si nécessaire, en lien avec le Samu ou le médecin des urgences de l'hôpital de Barbezieux ou Cognac propose un accueil d'urgence à l'EHPAD pôle ressource de proximité ou une hospitalisation justifiée. Ce dispositif permet, tout en s'assurant d'une validation médicale de la situation d'éviter une hospitalisation non justifiée et de répondre à un besoin de sécurité pour les personnes âgées et leur proche aidant la nuit.

4. Une offre de répit et de soutien psychologique :

L'EHPAD pôle ressources de proximité présente de nombreux avantages innovants car il rend accessible l'expertise gériatrique d'un EHPAD aux personnes âgées résidant à leur domicile. Ainsi, L'EHPAD pôle ressources donne accès à une assistance 24h/24h, une équipe pluridisciplinaire, un accueil séquentiel qui contribue à préserver le lien social et donne du répit au proche aidant. Par cette approche, le proche aidant peut demander au préalable un rendez-vous chaque jour de la semaine du lundi au vendredi avec la psychologue de l'EHPAD pour se confier et bénéficier d'un soutien psychologique.

L'ensemble des dispositifs permet d'apporter de l'information de jour comme de nuit. D'autre part, c'est une formidable modalité de réussite à la vie au domicile car il permet de maîtriser le projet d'accompagnement en fonction des besoins, d'anticiper les risques de rupture dans le quotidien des personnes isolées, de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles et de rester au domicile le plus longtemps possible. De même, cet ensemble de dispositifs rassure l'aidant et l'aidé, en maîtrisant le risque lié à la fragilité ou en permettant une solution d'hébergement d'urgence 24h/24, en cas d'hospitalisation de l'aidant,

L'EHPAD Raby Barboteau serait le premier en Charente, à mettre en œuvre un tel dispositif pour favoriser le soutien à domicile de personnes âgées de manière continue en incluant le segment de la nuit.

Tel que défini ci-dessus, le projet va passer par deux préalables transversaux qui vont être autant de conditions de sa réussite.

A) Accompagner les différents dispositifs au changement de paradigme

Comme présenté en partie I, à ce jour, il n'y a pas de dispositifs de veille 24H/24H qui harmonise le savoir-faire de chaque partenaire afin d'apporter une réponse adaptée aux personnes âgées en perte d'autonomie à domicile spécifiquement la nuit. Également, nous avons vu que le territoire est fortement sous l'influence d'une démographie vieillissante, ce qui explique la saturation de l'offre de service. Créer un EHPAD pôle ressources de proximité va permettre d'offrir aux personnes une assistance en continue, de faire du lien entre les professionnels et de compléter l'offre existante.

Cela a pour effet de placer l'EHPAD face à un changement de paradigme en matière d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie sur son territoire. Cela induit un accompagnement au changement des pratiques professionnelles.

Pour accompagner les équipes au changement de paradigme, il est nécessaire de produire une réflexion permettant de lever les freins à la poursuite du changement de l'organisation de notre offre médico-sociale. Ainsi, je dégage deux concepts clés : l'Accompagnement⁹⁶ et le Changement⁹⁷. Selon Michel LAFORCADE « Accompagner » un projet, c'est mettre en œuvre un management de qualité des professionnels et du projet. D'autre part, le « changement » de ces vingt dernières années est devenu la base des projets organisationnels. En effet, le changement est une composante structurelle du management. Dans la restructuration de l'EHPAD, il s'avère opportun de lier la démarche qualité à la mise en œuvre du nouveau projet d'établissement.

B) Harmoniser les acteurs du territoire

L'enjeu est de créer une compétence collective pérenne sur le territoire avec une capacité de travail soutenue par des expériences relationnelles partagées ce qui rappelle la démarche intégrative.

L'appropriation du projet "EHPAD pôle ressources de proximité" par les équipes est indispensable autant que les autres institutions qui œuvrent sur le territoire autour d'un public commun. Selon Dominique Genelot⁹⁸, il est complexe de manager différentes « cultures » professionnelles.

En effet, chaque institution œuvre selon son savoir-faire auprès des personnes âgées dépendantes. Mon enjeu est de faire converger les professionnels vers des objectifs

⁹⁶ PAUL.M, « *L'accompagnement dans le champ professionnel* », Editions L'Harmattan, 30 décembre 2009, 216 pages, disponible sur internet : cairn.info.fr

⁹⁷ AUTISSIER.D , « *Méthode de conduite du changement* », Editions Dunod, 19 octobre 2016, 288 pages

⁹⁸ GENELOT.D, « *Manager dans la Complexité* », Editions Eyrolles, Paris, 2017, 405 pages

communs qui soient bénéfiques au public accompagné. Aujourd'hui, les lois permettent d'intervenir dans une pluralité et une cohérence du parcours de la personne âgée en perte d'autonomie. Selon l'ARS, le parcours, c'est engager le décloisonnement des champs de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social. Il est nécessaire de valoriser la diversité des professionnels présents sur le territoire pour être force de proposition et s'adapter aux personnes en fonction de leurs besoins et de leurs envies.

L'EHPAD pôle ressources de proximité nécessite la mise en œuvre et la coordination d'un travail commun pluridisciplinaire entre différents acteurs sur le territoire. Je vais m'engager à construire un projet commun qui nécessite le partage des connaissances afin d'améliorer la logique de parcours et prévenir les ruptures. Il est important pour moi d'organiser et de déterminer en équipe pluridisciplinaire le territoire, le secteur de proximité, pour qu'il soit visible pour nous tous.

L'enjeu est une « promotion » de la santé pour y trouver, de la prévention, une permanence des professionnels, une assistante sociale et familiale pour des conseils d'aides et de meilleures connaissances des administrations existantes.

L'organisation du soutien à domicile de nuit en partant d'une plate-forme pluridisciplinaire permet une offre de soin continue : soins médicaux, une organisation des gardes médicales, des consultations des spécialistes, des soins paramédicaux.

L'intérêt de ce travail commun est une rapidité de réponse adaptée à la situation de la personne âgée en perte d'autonomie à domicile et son aidant.

3.1.2 Mise en œuvre de l'offre de service EHPAD pôle ressources de proximité

Pour la mise en œuvre du projet, j'ai défini des catégories en prenant appui sur une démarche de Benchmarking ainsi que l'analyse de l'environnement et mes connaissances de l'EHPAD Raby Barboteau. Voici en plusieurs points les éléments sur lesquels reposent mon travail et sa mise en œuvre.

Mon choix dans l'accompagnement des équipes au changement repose sur un management participatif. Il me semble important que les professionnels s'approprient le projet. De cette manière, les personnes comprennent et nourrissent l'envie de s'impliquer. Pour ce faire, je dois clairement exposer le projet à tous les acteurs de la structure et répondre à toutes les interrogations générant des résistances. L'élaboration d'une stratégie de communication est un outil indispensable au bon déroulement de toutes les étapes du projet. Selon Michel Crozier⁹⁹ :

« Pour réussir un changement, il ne s'agit pas de décider d'une nouvelle structure, d'une nouvelle technique ou d'une nouvelle méthode, mais bien de lancer un processus qui

⁹⁹ CROZIER.M, FRIEDBERG.E, « *L'acteur et le système* », Editions Points, avril 2014, 512 pages

implique : actions et réactions, négociation et coopération, dans lequel une grande partie des acteurs s'approprié la démarche ».

A) Au niveau du Plan de communication :

• La communication en interne :

Le Conseil d'administration a validé et porte le projet de « l'EHPAD Pôle ressources de proximité ». L'implication de chacun dans le projet permet de travailler de manière sereine et constitue un socle de travail fiable. Mon travail consiste à mettre en œuvre ce projet et je choisis le management participatif pour la réalisation de celui-ci. Je programme des réunions hebdomadaires avec le staff de direction. Je rencontre et communique avec l'ensemble du personnel sur le temps des transmissions de manière mensuel.

Pour ce faire, l'aménagement du temps de travail sera organisé pour permettre de travailler et communiquer sur la mise en œuvre de l'EHPAD pôle ressources de proximité projet tout assurant les missions de l'établissement.

• La communication externe :

J'accueille et je vais à la rencontre des partenaires et des professionnels du domicile du secteur afin de porter le projet à leur connaissance et de construire avec eux une complémentarité de l'offre de service sur le territoire. Dans un même temps, je développe les partenariats et mon réseau. Instaurer une communication avec les collectivités territoriales (mairies) et élus en lien avec les politiques locales fait partie, de mon point de vue, de la démarche intégrative. C'est mettre en œuvre des rencontres régulières pour obtenir des approches et des actions intriquées.

Les proches aidants : suite un repérage par le réseau et les partenaires, dans une démarche intégrative, l'EHPAD pôle ressources de proximité va à la rencontre des personnes âgées isolées après un contact préalable téléphonique. Nous les rencontrons chez elle ou à l'EHPAD pour proposer notre aide et notre soutien à domicile. Par le support DMP et les réunions de comité de pilotage concernant l'EHPAD pôle ressources de proximité nous informons et partageons les données de manière à mettre en œuvre un accompagnement adapté assuré par les professionnels du domicile, autres partenaires ou L'EHPAD par de l'AJ... Les visites seront effectuées par l'Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice (IDEC) et le médecin Coordinateur si nous intervenons sur le temps de travail habituel. Je reste attentive pour la pérennité du projet aux derniers rapports et

recommandations sur l'aide aux aidants¹⁰⁰ (ils sont la clé de voûte d'un soutien à domicile réussi).

B) Au niveau de la structuration logistique et financière :

• La logistique :

Elle est un moyen d'identifier et de mutualiser les ressources existantes. Le DMP est un outil à disposition fiable et légal qui nous dégage du temps pour d'autres réflexions. Il va être indispensable et nous permettre de favoriser les échanges.

Il faut financer 2 tablettes et dédier un ordinateur à l'EHPAD au soutien à domicile. Nous utiliserons un téléphone spécifiquement pour l'astreinte de l'infirmière et un numéro d'appel spécifique aux besoins des personnes suivies.

Nous utiliserons un bracelet alarme pour alerter s'il y a une chute ou un appel d'urgence.

• Financière :

C'est un modèle économique fiable et pérenne dans la mesure où nous n'engageons pas de frais supplémentaires importants. Le recrutement de personnel supplémentaire dans un premier temps ne s'avère pas nécessaire.

Les tablettes seront financées dans le cadre de l'appel à projet.

Le projet n'induit pas de frais de formation car le personnel est formé. Uniquement l'environnement change.

• Les frais liés aux évolutions technologiques :

Des frais dans les évolutions technologiques sont à envisager telles que la domotique¹⁰¹ au service de la dépendance (silver économie). Je souhaite me servir du high tech car l'assistance de nuit passe par la télésurveillance, c'est une façon d'optimiser les coûts de main d'œuvre/un soutien aussi aux aidants... C'est aussi soutenir une nouvelle économie y compris locale : une entreprise Niortaise a été récompensée pour ses performances en la matière.

¹⁰⁰ CNSA, « Proches aidants : CNSA publie un guide d'actions », 16 janvier 2018, disponible sur internet :https://www.silvereco.fr/wpcontent/uploads/2018/01/exe_cnsa_guide_methodologique_db.pdf

¹⁰¹ La Domotique est un ensemble de techniques de gestion automatisée appliquées à l'habitation, dictionnaire LAROUSSE. Disponible sur internet :<https://www.silvereco.fr/youtakecare-laureat-du-trophee-silvereco-2018-dans-la-categorie-meilleure-solution-habitat-domicile/3196861>
<https://www.youtakecare.io/>

3.2 Créer les conditions favorables à la transversalité et la coordination des acteurs sur le territoire de l'EHPAD

3.2.1 Construire une coopération pluridisciplinaire

Mes rencontres avec les professionnels et les familles ont mis en évidence les besoins importants et le manque de réponses sur le territoire. L'idée est donc de réunir tous les intervenants à domicile du territoire, les partenaires de l'EHPAD en vue d'élargir de nouveau le champ d'action.

L'enjeu est de permettre une évaluation des risques liés à l'âge et de travailler en partenariat avec le médecin traitant, médecin coordinateur/gériatre afin de maintenir au mieux l'état de santé physique, psychique et sociale de la personne âgée. Pour ce faire, j'effectue un rôle dans la coopération pluridisciplinaire de l'EHPAD pôle ressources de proximité et de tous les professionnels intervenant auprès de la personne âgée à domicile. Au préalable, il est indispensable de former le comité de pilotage qui prendra naissance suite à l'invitation des partenaires existants de l'EHPAD et une grande mobilisation pour rencontrer des partenaires potentiels.

3.2.2 Coordonner les professionnels : un levier pour la diffusion de l'information aux usagers

La multiplicité des acteurs sur le territoire m'a permis lors de mes rencontres de mesurer l'importance de déterminer un territoire. En effet, l'EHPAD ne doit pas dépasser une demi-heure de trajet d'intervention pour rester dans une proximité.

Le projet nécessite la mise en œuvre et la coordination d'un travail commun interdisciplinaire entre différents acteurs sur le territoire. Construire le projet commun nécessite le partage des connaissances afin d'améliorer la logique de parcours et prévenir les ruptures. Il est important d'organiser et de déterminer en équipe pluridisciplinaire un secteur de proximité visible de tous.

Mon enjeu est une « promotion » de la santé pour y trouver : de la prévention, une permanence des professionnels, d'assistante sociale et familiale pour des conseils d'aides, de meilleures connaissances des administrations existantes. L'organisation du soutien à domicile en partant d'un pôle ressource de proximité permet une offre de soin continue : soins médicaux, une organisation des gardes médicales, des consultations, des spécialistes, des soins paramédicaux.

• **Fiche Action n°1 :**

AXE stratégique n°1	>Créer les conditions favorables à la transversalité et construire la coopération des acteurs sur le territoire de l'EHPAD dans un espace commun
Objectif opérationnel	>Réunir et informer tous les professionnels intervenant à domicile sur le territoire du projet « d'EHPAD pôle ressources de proximité ». >Définir les missions respectives de chacun des acteurs >Développer les outils de l'intégration entre acteurs
Actions	>Organiser des réunions avec tous les acteurs du territoire pour travailler sur le projet commun d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile. >Développer les modalités d'échanges d'informations autour des personnes âgées >Définir les outils et procédures communs d'évaluation >Consolider le réseau / Établir des conventions
Suivi	Réunion : 2 fois/mois puis en phase opérationnelle : mensuelle Première réunion : le 1 Décembre 2018
Pilote	Président du conseil d'administration / Directrice (Maître d'œuvre)
Comité de pilotage	CA, Directrice, Médecin Co (Chef de projet), IDEC, Psychologue, Libéraux, Autres établissements sociaux, médico-sociaux de proximité, évaluateur APA, MAIA, CD, ARS, CVS, les Délégués du Personnel (DP), la Secrétaire (écriture des comptes rendu).
Moyens à mettre en œuvre	>Temps de réunion / Dégager du temps aux professionnels pour les réunions >Compte rendu de réunion sur intranet à destination de tout le personnel >Communiquer, informer par Mail ou téléphoner à tous les acteurs sur les dates, les échéances, les réajustements planning, les questions émergentes... >Salle de réunion à l'EHPAD
Livrables	Procédures, comptes rendus
Délais	1 an
Effets attendus	Améliorer la communication interprofessionnelle afin de répondre aux attentes et aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.
Évaluation	Suivi des indicateurs : taux de participation aux réunions.

Ainsi, dans l'esprit de pertinence et d'efficacité qui est développé plus haut, le projet pôle ressources de proximité qui nécessite une coopération pluridisciplinaire optimale, va s'appuyer sur des moyens techniques comme la télé-médecine et le DMP.

La télémédecine combinée à la télésurveillance est une modalité de réussite de l'EHPAD pôle ressources de proximité. La télémédecine est un acte défini et délimité¹⁰² pris en application de la loi HPST. Il s'agit par exemple de suivre les patients à domicile atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Cela nécessite l'utilisation de capteurs pour transmettre des données à un centre (EHPAD pôle ressources de proximité) de télésurveillance qui est géré par un professionnel de santé. Nous pouvons associer la télésurveillance avec le principe du bracelet développé ci-dessus. Il s'agit d'une organisation qui vise la prévention des chutes, maintenir un éveil intellectuel chez les personnes isolées, à prévenir des situations d'égaré des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou à réduire les effets du handicap ou d'une dépendance. De ce fait, nous sommes dans une réponse au domicile basée sur la prévention des risques secondaires et tertiaires.

En effet, le projet est envisageable et permet d'atteindre l'objectif de répondre aux besoins des personnes âgées qui souhaitent vieillir chez elles, par des moyens tels que la télésurveillance ou télémédecine reliée 24h/24 à l'équipe soignante de l'EHPAD et d'un accueil d'urgence 24h/24. La Télémédecine est soutenue par l'ARS. Elle est intéressante pour le projet de l'EHPAD pôle ressources de proximité. En effet, ces dispositifs viennent soutenir les moyens humains, répondre de manière rapide aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants. Pour exemple, si l'offre de répit et d'accompagnement n'a pas permis d'éviter une situation de crise ; le proche aidant peut à tout moment contacter l'infirmière de l'EHPAD. Ainsi en fonction de la situation, l'infirmière évalue la réponse à apporter et si nécessaire en lien avec le médecin urgentiste propose un accueil d'urgence à l'EHPAD pôle ressources de proximité ou une hospitalisation. Ainsi, cela a pour effet de rassurer, d'éviter une hospitalisation non justifiée et par répercussion diminuer le nombre d'entrée aux urgences déjà submergées.

L'EHPAD en pôle ressources de proximité par cette approche et ce soutien à domicile répond à la prévention des risques et à la continuité d'un accompagnement de jour comme de nuit.

Le Dossier Médicalement Partagé (DMP) est un outil essentiel à mettre en œuvre. Le DMP est un dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale, d'une admission dans une structure de soins ou encore lors de la prise de

¹⁰² MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, « *Télémédecine* », Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010, disponible sur internet : www.legifrance.gouv.fr

contact avec l'EHPAD pôle ressources de proximité qui se présente comme un plateau technique de renseignements et de propositions d'examen. Ce support de travail pour l'équipe intervenante de nuit est indispensable car il est une source de données fiables partagées et réactualisées pour tous les acteurs (EHPAD, Médecins, IDE, Hôpital local...). Nous pouvons ajouter à cela si nécessaire avec les partenaires la passation d'un bilan géronto-psychomoteur, tests complémentaires en fonction des besoins identifiés, formalisés par un compte rendu rédigé (Projet personnalisé).

Ce principe repose comme développé ci-dessus sur un ensemble de dispositifs intégrés comme le DMP : informatisé et accessible, il permet aux professionnels de santé qui prennent en soin le patient de partager les informations de santé utile à la coordination des soins de la personne. Je souhaite assurer une sécurité, une tranquillité d'esprit qui se fait bien rare avec l'avancée en âge de nos parents, par le biais de notre partenariat renforcé et nos conventions avec les services ambulatoires : professionnels libéraux (Urgences, Médecin, IDE, SSIAD, Médecins, Samu...).

Enfin, l'intérêt de ce travail commun est une présence pour la prévention des risques de la perte d'autonomie et une rapidité de réponse à une situation complexe de la personne âgée à domicile.

3.3 Faciliter le recours des personnes âgées aux soins de spécialité

Dans un contexte de changement, les compétences des professionnels sont une ressource, un capital à développer et à valoriser. D'après Philippe Ducalet et Michel Laforcade , les compétences sont :

« Une combinaison dynamique de connaissances, de savoir-faire et de comportements professionnels qui s'expriment de manière adaptée, dans une situation d'activité donnée. Lorsque l'on parle de la compétence, on évoque la maîtrise d'une activité professionnelle, mais aussi la capacité d'initiative, de créativité et la responsabilité, autant de capacités indispensables à la production de la qualité et son amélioration ».

Sur le terrain, il va falloir aller à la rencontre des personnes ou les accueillir à l'EHPAD pôle ressources de proximité. La capacité d'instaurer une relation de confiance est déterminante avec la personne âgée et son proche aidant. C'est dans ces conditions que l'identification d'une personne ressource pour la personne âgée et le proche aidant prend tout son sens. Ainsi, grâce à ses compétences, elle se fait le rapporteur et le lien de tous les acteurs présents sur le territoire et nous pouvons ainsi engager un processus d'accompagnement adapté à la personne âgée en perte d'autonomie et de son proche aidant. Enfin, des réunions mensuelles avec la personne ressources et tous les acteurs seront indispensables pour la transmission des données et un réajustement de son

accompagnement. Cette personne au sein de l'EHPAD pôle ressources de proximité peut être l'infirmière ou l'IDEC.

• **Fiche d'action n°2 :**

AXE Stratégique n°2	<ul style="list-style-type: none"> >Faciliter le recours des personnes âgées à domicile aux soins de spécialité en ouvrant les prestations de l'EHPAD >Faciliter l'accès aux soins et la circulation de l'information à l'aidé/proche aidant
Objectif Opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> >Organiser la prise en soin de 1^{er} niveau, 2^{ème} niveau >Développer le court séjour programmé >Offrir une permanence 24h/24 aux personnes âgées et de leurs aidants. >Améliorer l'accès des personnes âgées du territoire à l'expertise gériatrique
Actions	<ul style="list-style-type: none"> >Mettre en place des consultations avancées à l'Ehpad ou à domicile >Utilisation du DMP comme outil de transmission >Permanence téléphonique et physique à l'Ehpad de 9h/17h, présence IDE H24 pour orienter et informer. >Organiser des réunions mensuelles avec tous les acteurs du territoire pour travailler sur le projet commun EHPAD pôle ressources de proximité. >Déterminer un planning : infirmier, médecin CO >Établir des conventions
Suivi	Phase opérationnelle : Réunion trimestrielles. 1 ^{ère} réunion : Le 1 décembre 2018
Pilote	Président du CA, Directrice (Maître d'œuvre).
Comité de pilotage	Directrice, Médecin Co (Chef de projet), IDEC, Psychologue, Libéraux, Autres établissements sociaux, médico-sociaux, professionnels APA, MAIA, CD, ARS, le CA, CVS, Délégués du personnel, la Secrétaire (écriture des comptes rendus).
Moyens à mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> >Temps de réunion / Dégager du temps aux professionnels pour les réunions ; Compte rendu de réunion sur intranet à destination de tout le personnel ; >Communiquer, informer par Mail ou téléphoner à tous les acteurs sur les dates, les échéances, les réajustements planning, les questions émergentes...Salle de réunion à l'EHPAD.
Livrables	Procédures, comptes rendus.
Délais	1 an
Effets attendus	Accompagner la personne âgée en prenant en compte ses besoins et attentes ainsi que ceux de l'aidant afin de favoriser son soutien à domicile
Moyens d'évaluation	Enquêtes de satisfaction pour actions en cours d'aboutissement en direction des partenaires et des usagers. Faire un point 2 fois/an sur la mise en place des actions. Participer aux diverses instances ou actions (anticiper par un travail de commission). Effectuer des bilans annuels.

3.3.1 Organiser et structurer l'équipe mobile de l'EHPAD pôle ressources de proximité

Je dispose au regard de mes effectifs de 3 IDE (Infirmière D'Etat) et 1 IDEC. J'organise de la manière suivante l'équipe mobile. Une IDE d'astreinte dédiée de nuit à domicile sur 365 jours en binôme avec 1 médecin urgentiste de l'hôpital de Barbezieux ou Cognac, nous disposons de la convention 51 FEHAP pour encadrer cela et nous utiliserons comme support la télésurveillance pour les examens de première intention.

Les astreintes pour l'infirmière¹⁰³¹⁰⁴ sont prévues à la semaine et rémunérées par un forfait qui peut être financé par l'appel à candidature de l'ARS sur l'obligation d'une présence infirmière pour les EHPAD. En considérant que la population cible est à la fois les personnes âgées du territoire et les résidents de l'EHPAD Raby Barboteau, nous avons la possibilité d'optimiser les moyens.

L'infirmière dispose d'un téléphone d'astreinte, d'une tablette et d'un équipement pour les soins et examens investigations possibles. D'autre part, le médecin est en service aux urgences et dispose d'un ordinateur et d'un accès à internet pour la lecture des examens réalisés à domicile. La pose du diagnostic va permettre de déterminer la prise en soin. D'autre part, pour la cohérence et la réussite de ce travail, je constitue un groupe de travail avec tous les partenaires qui portera sur la rédaction d'une évaluation gériatrique standardisée avec une évaluation à domicile, un recueil de données. Ensuite, si besoin, il sera proposé des évaluations paramédicales à effectuer au sein de l'EHPAD ou à l'hôpital. Il est nécessaire d'être dans une parfaite connaissance des personnes suivies et d'être dans le partage pour un accompagnement de qualité.

Sur le plan financier, ce deuxième axe m'amène à mobiliser le personnel au niveau des temps de réunion à raison de 1 heure par mois puis sur la permanence qui s'effectue sur le temps de présence déjà prévu à l'EHPAD. Il s'agit pour moi d'ajouter ce point dans la fiche de tâche infirmière et de celle du médecin coordinateur.

3.3.2 Favoriser la pluralité professionnelle au profit du soutien à domicile de la personne âgée

La constitution d'une équipe mobile constitue une approche transversale de l'accompagnement de la personne âgée, notamment dès la phase d'évaluation. Effectivement, elle sera l'occasion d'échanges et de décloisonnements entre les différents professionnels. Ainsi, cette étape favorise la négociation et permet de faire des choix qui fixeront des objectifs communs pour une démarche d'accompagnement de qualité de la personne et de son aidant. L'appropriation de cette démarche commune doit permettre à

¹⁰³ LES PERIODES D'ASTREINTES FEHAP sous la CCN 51

¹⁰⁴

chacun de trouver sa place à travers une coopération opérationnelle. Je pense que le relationnel et la communication sont au cœur de la réussite du projet. Dans mon rôle de directeur, il est indispensable de composer, de réunir pour accompagner les équipes afin de créer du lien interprofessionnel.

3.4 Faciliter le recours aux alternatives à l'hospitalisation

Les relations interprofessionnelles et l'adhésion de chacun seront au cœur de la réussite de ce projet. Je serai vigilante et bienveillante afin de garantir le bon fonctionnement du processus de l'offre de service proposée par l'EHPAD pôle ressources de proximité.

• **Fiche d'action n°3 :**

AXE Stratégique n°3	>Faciliter le recours aux alternatives à l'hospitalisation
Objectif opérationnel	>Créer une équipe mobile pluridisciplinaire de nuit pour le soutien de la personne âgée à domicile et de son aidant Opérationnel >Mener une activité de surveillance-vigilance des personnes âgées à domicile >Réaliser des actions de prévention (nutrition, chute) à destination des personnes âgées et de leurs aidants >Améliorer le suivi médical en EHPAD >Encourager le recours à des structures alternatives
Actions	>Améliorer l'accessibilité des structures (information aux professionnels, personnes âgées et aidants) >Étudier la gestion centralisée et mutualisée des places alternatives >Organiser des réunions mensuelles avec tous les acteurs du territoire pour travailler sur la mise en œuvre d'une équipe mobile d'évaluation à domicile >Déterminer la composition de l'équipe >Déterminer les plannings des professionnels.
Modalité de suivi	Réunion mensuelle. 1 ^{ère} réunion : le 1 décembre 2018
Pilote	Médecin Coordinateur (Chef de projet)
Comité de pilotage	CA, Directrice, Médecin Co, Psychologue, Ergothérapeute, Psychomotricienne, Kinésithérapeute, IDE, autres professionnels intervenant à domicile du secteur, les partenaires de l'EHPAD.
Moyens à mettre en œuvre	Temps de réunion / Dégager du temps aux professionnels pour les réunions ; Compte rendu de réunion sur intranet à destination de tout le personnel ; Communiquer, informer par Mail ou téléphoner à tous les acteurs sur les dates, les échéances, les réajustements planning, les questions émergentes... Salle de réunion à l'EHPAD
Délais	1 an
Effets attendus	Répondre aux besoins de l'aidé et de l'aidant ; Éviter les hospitalisations non justifiées ; Pose d'un diagnostic à domicile
Moyens d'évaluation	Suivi des indicateurs de l'évaluation Géronto-psychomoteur et autres tests complémentaires réalisés (Tinetti, Get up and Go test...)

3.4.1 EHPAD pôle ressources de proximité : une intervention de l'équipe mobile spécialisée et coordonnée en amont du soutien à domicile

Deux conditions de mise en place de l'équipe mobile :

D'une part, en amont de la mise en œuvre de l'équipe mobile, nous organiserons la rencontre avec les demandeurs d'aide à domicile sur le territoire de l'EHPAD. Au regard de cela, un travail commun donnera naissance à la création d'un outil d'évaluation unique pour faciliter la circulation de l'information entre les professionnels. Il faut réaliser l'inventaire des outils d'évaluation existant et établir un document de base unique avec des annexes spéciales (services à domicile).

L'intérêt est d'évaluer les risques (iatrogénique, nutrition, équilibre et marche, cognition humeur) en proposant une stratégie préventive voire curative avec l'équipe mobile. L'objectif est de limiter le recours aux hospitalisations et aux entrées en institution en urgence. L'accompagnement pluridisciplinaire de la personne âgée et de son réseau (familiaux, médicaux, social) en amont permettent un parcours serein et fluide. De part la connaissance de la personne par l'équipe mobile, lorsque l'entrée en EHPAD devient incontournable, cela peut être anticipée, préparée, souhaitée et non subie à cause d'une situation aigue, de fatigue de l'aidant ou d'une maladie chronique qui se majore...

D'autre part, l'objectif de la mise en œuvre de l'équipe mobile c'est :

- Une veille de jour comme de nuit qui permet de poser un diagnostic et d'effectuer les premiers soins. Si l'état de la personne le nécessite, il est organisé une entrée à l'EHPAD pôle ressources de proximité dans la chambre dédiée ou une hospitalisation justifiée. L'action de l'équipe mobile se veut rassurante et soutenante pour la personne âgée et son aidant.
- La prévention de l'aggravation de facteurs de risques pouvant impacter l'autonomie de la personne
- Positionner des axes d'accompagnement et de prévention de la personne, de son aidant en lien avec les partenaires du réseau.

Exemple :

Repérage et Prévention des risques de chute et maintien de l'autonomie physique. Notre équipe propose alors des solutions en lien avec notre savoir-faire et compétence technique à l'EHPAD par le biais d'ateliers de gym douce partagés avec les résidents de l'EHPAD en co-thérapie (masseur- kinésithérapeute et psychomotricienne).

L'équipe mobile de l'EHPAD pôle ressources de proximité est aussi un moyen d'informer sur l'accompagnement et la découverte de la vie en EHPAD ainsi contribue à son ouverture sur l'extérieur (accueil de jour et dynamique de groupe, maintien du lien social).

A) La formation des proches aidants

Sans l'aidant, il est difficile d'envisager le soutien à domicile. Je mets à disposition pour les familles, l'EHPAD pôle ressources de proximité comme un relais d'information pour les proches aidants. En effet, je souhaite informer et orienter les familles vers des associations telles que France Alzheimer¹⁰⁵. Elle organise et propose des formations adaptées gratuites aux aidants pour leur mission quotidienne à travers deux dispositifs :

- Une formation en présentiel organisée par les associations départementales partout en France. Elle permet aux aidants de partager et recevoir des informations théoriques et des conseils pratiques d'un binôme formateur (bénévole et psychologue)
- Un guide d'accompagnement en ligne qui contient des informations sur la maladie, son accompagnement au quotidien et sur l'ensemble des aides financières, juridiques et humaines à la disposition des familles.

L'EHPAD pôle ressources de proximité permet d'informer sur les dispositifs existants et de donner en première intention une écoute et de proposer ainsi des solutions.

Par ailleurs, l'EHPAD tient une place importante dans la mesure où mon offre de service comprend l'accueil de jour et l'hébergement temporaire ce qui permet la mise en œuvre du droit au répit de l'aidant.

L'EHPAD pôle ressources de proximité donnent des informations générales permettant d'encadrer la vie de la personne âgée et son aidant. Il est important d'évaluer les besoins aux aidants afin d'ajuster les aides à domicile dans le but de soulager. L'EHPAD pôle ressources de proximité va également informer les personnes sur leurs droits. Dans un rôle ultime, il va permettre d'anticiper et de prévoir un accompagnement à l'entrée en hébergement permanent quand le besoin s'impose.

¹⁰⁵ France ALZHEIMER, « Nos dispositifs pour soutenir les aidants », 2018, disponible sur internet : <https://www.francealzheimer.org>

3.5 L'Évaluation globale du dispositif

Le repérage du risque de perte d'autonomie, ou de son aggravation, pour les personnes âgées croise des problématiques différentes selon les professionnels qui travaillent à domicile ou en établissement et/ou dans une structure délivrant des actes de soins ou non.

A) L'évaluation auprès de tous les acteurs et les indicateurs

Les champs d'évaluation possible :

- Évaluer la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire ;
- Évaluer la satisfaction des personnes âgées et des proches aidants ;
- Évaluer l'accessibilité aux services ;

L'EHPAD pôle ressources de proximité doit répondre aux attentes de tous les acteurs de ce projet sur différents plans :

- Au niveau des personnes âgées, je m'engage à être attentive à leurs besoins et attentes en préservant leurs droits et leurs choix de rester vivre à domicile et ce jusqu'à leur dernier souffle de vie.

J'utiliserai la démarche qualité et des indicateurs qui me permettent d'évaluer les prestations délivrées (mesurer la valeur ajoutée de l'EHPAD pôle ressources de proximité pour l'utilisateur, évaluer la satisfaction de l'aidé et de l'aidant, évaluer la qualité de l'organisation avec les formations et les montées en compétences)

- Au niveau des proches aidants, je souhaite offrir le soutien adapté à leurs besoins pour permettre de maintenir leur bien-être, leur équilibre et leur santé. Avec la mise en œuvre de l'EHPAD pôle ressources de proximité, nous offrons une continuité aux soins et aux besoins de jour comme de nuit.

Comme indicateurs, les enquêtes de satisfactions seront mon support.

- Au niveau de l'EHPAD, je souhaite :
 - pour les professionnels de l'EHPAD communiquer et multiplier les interactions avec les professionnels du territoire et ainsi favoriser l'échange des pratiques.

Je vais utiliser les réunions du personnel et le CVS (Conseil de Vie Sociale), comme indicateurs :

Type d'indicateurs	Taux
Indicateurs Communication	Pourcentage de réunions tenues Pourcentage de réunions annoncées afin de mesurer le respect des engagements, Pourcentage de participants aux réunions Pourcentage d'invités présent : afin de mesurer le taux de participation aux réunions, l'intérêt et l'implication des collaborateurs.

Je souhaite également veiller à une qualité de vie au travail en utilisant comme support le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) pour valoriser les potentiels de chacun.

Comme indicateurs, j'utiliserai les suivants :

Type d'indicateurs	Taux
Indicateurs sociaux	Pourcentage d'arrêt maladie et leur durée, Pourcentage d'absentéisme : Heures d'absence sur la période / Heure de présence théoriques sur la période. Taux d'absentéisme et comparaison sur les 3 dernières années = mesure de l'amélioration de la présence des salariés Pourcentage de Turn-over Stabilité : Nombre de présents au bout de N mois / Nombre d'embauchés il y a N mois Enquête de satisfaction pour connaître la perception du personnel, les motifs d'insatisfaction et les axes d'amélioration attendus
Indicateurs Formations	Pourcentage de personnes formées à la télémédecine
Indicateurs d'Activités	Pourcentage du nombre d'accueils de personnes âgées la nuit aux urgences de Cognac et Barbezieux Pourcentage de missions au regard des entrées aux urgences Pourcentage de personnes suivies
Indicateurs de Pénibilité	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) Adaptation de l'équipement

- Pour les résidents de l'EHPAD, favoriser les échanges avec l'extérieur et donner du mouvement au sein de la structure par la venue régulière de nouvelles personnes extérieures (personnes âgées, professionnels, familles...). Je vais évaluer par le biais d'enquêtes de satisfaction et utiliser les réunions du CVS pour mesurer les effets sur l'établissement.

-

- Au niveau de l'EHPAD pôle ressources de proximité (les partenaires, professionnels du territoire de l'EHPAD), cela permet d'être dans une complémentarité et une dynamique de partage favorable à la logique de parcours de la personne âgée. De plus, cela nous rend solidaire les uns des autres pour le bien des personnes que nous accompagnons. En effet, cela rompt « l'isolement » des acteurs face à la détresse des personnes qui se trouvent dans des situations critiques et qui donnent aux professionnels un sentiment d'impuissance récurrent...

Pour cela, je vais évaluer le niveau de partenariat et utiliser les indicateurs suivants :

Type d'indicateurs	Taux
Indicateurs Partenariat	Nombre de conventions signées, Pourcentage de formations communes, Pourcentage d'échanges inter-institutionnel.

- Au niveau des instances, je m'engage à rendre compte annuellement de l'activité et de sa mise en œuvre à la Délégation Départementale de l'ARS. Je prévois une évaluation en 2 temps au regard des indicateurs préalablement définis et intégrés dans la convention à établir avec l'ARS.

B) Les conditions de mise en œuvre de l'évaluation

Dans le cadre de la démarche Qualité, une évaluation à un an des expérimentations sera réalisée avec l'ARS, le Conseil Départemental et le COPIL. Cela permettra de mesurer la valeur ajoutée de l'EHPAD pôle ressources de proximité pour l'usager. Ainsi, un premier bilan des actions menées sera effectué et permettra d'apporter des recommandations, qui devront faire l'objet de mesures correctives. Ces mesures feront l'objet de nouvelles évaluations dans le but d'améliorer les procédures de mise en œuvre, de communication..., une évaluation de fin d'expérimentation.

- Évaluer les résultats médico-économiques : comme indicateur des tableaux de bord analytique
- Evaluer le pourcentage d'hospitalisations des personnes âgées depuis la mise en œuvre du dispositif
- Evaluer l'efficacité de la télésurveillance, comme indicateur, le pourcentage d'hospitalisations de nuit sur le territoire depuis le lancement de l'EHPAD pôle ressources de proximité

Sur le terrain, l'ensemble des professionnels vont se réunir pour étudier les situations des personnes âgées au regard des indicateurs de manière trimestrielles en équipe pluridisciplinaire. A court terme, le comité de pilotage devra déterminer des indicateurs pour permettre de suivre l'évolution du pôle ressources de proximité.

Il est nécessaire d'effectuer l'analyse de ces indicateurs de manière à réajuster et d'améliorer le dispositif au regard des objectifs fixés et des attendus.

Conclusion

Le projet d'EHPAD Pôle Ressources à Raby Barboteau va nécessiter du temps pour réunir tous les professionnels. Leur appropriation sera la base de la réussite de ce travail et sans doute la plus délicate. En effet, l'objectif c'est de s'ouvrir les uns aux autres pour mener un accompagnement dans une démarche de qualité, pour le bien-être de la personne âgée et de son aidant. Il est nécessaire de poser des repères méthodologiques pour permettre une réflexion éthique dans la mise en œuvre de l'accompagnement à domicile. Tout en sachant que nous allons nous appuyer sur des fonctions supports telles que la télésurveillance. L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. Elle donne du sens aux pratiques et permet aux professionnels de se poser les questions relatives à son action, par égard aux sujets qu'ils accompagnent, dans le respect et la dignité.

L'EHPAD est imprégné de la méthodologie « Humanitude » et se construit autour de l'idée que l'adulte âgée n'est pas notre objet de soins, mais une personne à laquelle il faut donner un maximum d'autonomie. Ma priorité est d'apporter le meilleur service aux personnes et à leurs proches. Les soins doivent être organisés pour apporter plus de vie. Le succès du projet dépend des moyens qui nous seront alloués pour le mettre en œuvre et de la qualité de la coordination professionnelle. La société est en mouvement, elle évolue.

L'accroissement des baby-boomers dans le champ de l'âge et l'accroissement de notre espérance de vie représentent un nouveau défi pour notre société. La Silver économie est une promesse de croissance et d'emplois pour les années à venir. Elle répond, aux besoins et attentes de la population des seniors, dans un parcours de vie et de soins où de nombreux services existent déjà.

Enfin, c'est pour moi une réelle satisfaction de contribuer et de travailler avec d'autres professionnels autour d'une humanité commune.

Bibliographie

Articles

AGENCE REGIONAL DE SANTE, « *Qu'est-ce que PAERPA?* », Décembre 2014, disponible sur internet : www.paerpa-paris.fr

BABEY-RODRIGUEZ .C, Psychologue en EHPAD, « *La nuit auprès des personnes âgées : La face obscure des projets* », *Gérontologie et Société*, Editeur Fond Nationale de Gérontologie, 2006/1 (vol.29/n°116), pages 292

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. « *Parcours de vie des personnes âgées et des personnes handicapées* », le Conseil de la CNSA invite à une prise de responsabilité collective, communiqué de presse, 23 avril 2013, disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr>

CARSTENSEN.L, « *Le rôle des anciens à travers l'histoire* », Stannah, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://www.stannah.be>

DA ROIT.B, LE BIHAN.B, « *Dépendance, soin de longue durée et politiques publiques en Europe* », PUR, *Vieillesse et vieillissement, Regards sociologiques*, Presse universitaires de Rennes, page 127-140, 2014, disponible sur internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166698/document>

France ALZHEIMER, « *Nos dispositifs pour soutenir les aidants* », 2018, disponible sur internet : <https://www.francealzheimer.org>

FRANCE HANDICAP INFO, « *Perte et d'autonomie et financière reste les deux principales préoccupations des français face à la vieillesse* », avril 2017, disponible sur internet : www.france-handicap-info.com

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, « *Assurance maladie et perte d'autonomie* », Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, Rapport adopté le 23 juin 2011, PDF, disponible sur internet : www.securite-sociale.fr

LES CAHIERS DE L'ACTIF, « Parcours de vie et projet de vie : vers une configuration de l'action médico-sociale », Article pour la revue n°.446-447, Juillet/Août 2013, page 1, disponible sur internet : jeanreneloubat.fr>pdf

LE MONDE, « *Les séniors de plus en plus touchés par la pauvreté* », article publié le 6 novembre 2014, disponible sur internet : <https://mobile.lemonde.fr>

LEUTZ.W, professeur à l'Université Brandeis, Boston, spécialiste de l'intégration des services

MORE.T & GUEVARA.A, « *Le rôle des anciens à travers l'histoire* », Stannah, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://wwwstannah.be>

ROSTGAARD.A, « *Soins entre travail et bien-être dans les sociétés européennes* ». T. édition.

STANNAH, « *Le rôle des anciens à travers l'histoire* », Stannah, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://wwwstannah.be>

SOMME.D, « *The French society of geriatrics and gerontology position paper on the concept of integration Part one* », publié dans la revue Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, Volume 12, numéro 1, Mars 2014, consulté en ligne sur le site http://www.jle.com/en/revues/gpn/sommaire.phtml?cle_parution=3958, le 14 août 2014

Chartes

Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, publié le 12 janvier 2009, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, 2010, disponible sur internet : <https://www.age-platform>

Charte Européenne de l'Aidant Familial, Confédération des organisations familiales de l'Union européenne (COFACE), avec le soutien de la Commission Européenne, mars 2009

Ouvrages consultés

AUTISSIER.D , « *Méthode de conduite du changement* », Editions Dunod, 19 octobre 2016, 288 pages

DUCALET Philippe, Michel LAFORCADE, *Penser la Qualité dans les institutions Sanitaires et Sociales*, Editions Seli Arsan, 3ème Editions, Paris, 2008, ISBN : 978-2-84276-142-4

ENNUYER B, 2006, *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation*, Editions Dunod, 2014, 320 pages, ISBN : 9782100552726

GENELOT.D, « *Manager dans la Complexité* », Editions Eyrolles, Paris, 2017, 405 pages

GERARD, S. « *Les outils d'évaluation de la fragilité* ». Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre Blanc. 2015. page 37-48, disponible sur internet : www.fragilite.org/livreblanc

IGLESIA.GOMEZ.M, « *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques* », Livre blanc, 2015. page 4, disponible sur internet : www.fragilite.org/livreblanc

MINOIS.G, « *Histoire de la vieillesse* », Paris, Fayard, 1987.

PAUL.M, « *L'accompagnement dans le champ professionnel* », Editions L'Harmattan, 30 décembre 2009, 216 pages, disponible sur internet : [Cairn.info.fr](http:// Cairn.info/fr)

PINEAULT.R et DAVELUY.C, 1995, « *La Planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* », Editions Nouvelles, 480 pages

VIRIOT.JP, RAYMOND.E, MOULAERT.T, CHARPENTIER.M, « *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : Pour une perspective internationale* », disponible sur internet : <https://books.google.fr/books>

GENELOT Dominique, *Manager dans la Complexité*, Éditeur Julhiet éditions, Paris, 2017, 372 pages, ISBN : 978-2-212-56555-

GINEST Y, PELISSIER J, 2010, « *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux* », Edition Armand Colin, 7 mars 2007, 320 pages, ISBN : 2200350635

Lois

ARS, EHPAD Raby Barboteau, Arrêté n°2012 en date du 4 octobre 2012 portant modification de la capacité au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante. 59 places.

ARS, EHPAD Raby Barboteau, Arrêté n°2012 en date du 4 octobre 2012 portant modification de la capacité au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, « *articles L245-14* », vérifié le 1 avril 2018, disponible sur internet : <https://www.service-public.fr>

MINISTERE DE LA JUSTICE, Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, 14 septembre 2018, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 Janvier 2002, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, Journal Officiel, n°0301 du 29 Décembre 2015. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoire (HPST), Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, « *Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019* », mise à jour le 15 mai 2017, disponible sur internet : <https://www.gouvernement.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, « *Télémedecine* », Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010, disponible sur internet : www.legifrance.gouv.fr

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE. Circulaire DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012, Page 922, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Schéma, orientations politiques

AQUINO.J.P, « *Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie* », coordination J.P. Aquino, Président du Comité Avancée en âge, mission d'appui de la DGOS, septembre 2015, page 15, disponible sur internet : www.socialsante.fr

Cercle des Européens, « *Le vieillissement de la population dans l'UE : projection à 50 ans* », 20 juin 2011, disponible sur internet : www.ceuroeens.org

CNSA, « *MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement* » le guichet intégré, publié le 12 février 2015, mis à jour le 22 août 2018, disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

CNSA, « *Proches aidants : CNSA publie un guide d'actions* », 16 janvier 2018, disponible sur internet : https://www.silvereco.fr/wpcontent/uploads/2018/01/exe_cnsa_guide_methodologique_db.pdf

CNSA, MAIA, « *Parcours de vie* », publié le 12 février 2015, mise à jour le 20 novembre 2017, disponible sur internet : www.cnsa.fr

EUROSTAT, « *La population de l'UE vieillissante – devrait être au plus haut autour de 2040* », juin 2011, disponible sur internet : www.europaforum.public.lu

GUIMARD.G, Diaporama – ARS Poitou-Charentes : Journée de préfiguration décembre 2013

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Le Dispositif PAERPA, « *Le parcours de santé de nos aînés* », Mai 2017, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, « *Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie* », coordination J.P. Aquino, Président du Comité Avancée en âge, mission d'appui de la DGOS, septembre 2015, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Le Dispositif PAERPA, « *Le parcours de santé de nos aînés* », Mai 2017, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Plan Régional de Santé (PRS) Poitou-Charentes, 2012-2017, disponible sur internet : www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr

Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) Poitou-Charentes, 2013, page 11

PRISMA, Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie en France, recherche financée par la CNSA, la Direction Générale de la Santé (DGS) Régime social des indépendants (RSI) entre 2005 et 2008 en France

SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou-Charentes 2015-2019, Département de la Charente, Répartition par GIR et par mode d'hébergement (domicile/établissement), Source départemental de la Charente données du 1er janvier 2014, page 27

SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou-Charentes 2015-2019, Département de la Charente, « *Les aides du département et le nombre de bénéficiaires APA* », Source départemental de la Charente données du 31 Décembre 2013, page 30

SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou- Charentes 2015-2019, Département de la Charente, « *Les aides du département et le nombre de bénéficiaires APA* », Source départemental de la Charente données du 31 Décembre 2013, page 30

Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) Personnes âgées Poitou-Charentes, 2015-2019, Page 6

SROS, Schéma Régional d'Organisation des Soins, volet Ambulatoire 2015

Rapports, études

ANAP, « *Systèmes d'information dans le secteur médico-social* », septembre 2013, disponible sur internet : www.anap.fr

ANESM, HAS. « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD* ». Fiche points clés et solutions – Organisation des parcours. Saint-Denis, 2015, disponible sur internet : www.anesm.sante.gouv.fr / <https://www.has-sante.fr>

AQUINO.J.P, Rapport *"plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie"*, disponible sur internet: www.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

AQUINO.J.P, Rapport *"Anticiper pour une autonomie préservée: un enjeu de société"*, Article du 11 mars 2013, disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr>

BOULARD.JC, Juin 1991, Rapport sur les personnes âgées dépendantes : « *Vivre ensemble* », n°2135 déposé le 20 juin 1991, disponible sur internet : www.assemblee-nationale.fr

CENTRE D'OBSERVATION DE LA SOCIETE, « *L'espérance de vie progresse, les écarts entre femmes et hommes se réduisent* » ; 25 janvier 2018 ; disponible sur internet : www.observationsociete.fr

COUR DES COMPTES, « *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie* », juillet 2016, disponible sur internet : [@Cour des comptes](http://www.ccomptes.fr)

DOSSIER SOLIDARITE ET SANTE, DRESS, « *Projection des populations âgées dépendantes* », n°43, septembre 2013, disponible sur internet : <https://dress.solidarites-sante.gouv.fr>

Etude PAQUID-Cohorte de sujets de plus de 65 ans : « *Personnes Âgées QUID* » ; 31/05/2013 ; <https://epidemiologie-france.aviesan.fr>

HCAAM, « *Assurance maladie et perte d'autonomie* », rapport adopté le 23 juin 2011, Chapitre III, page 61, disponible sur internet : www.securite-sociale.fr>pdf

GLENDINNING.C, « *Rapport sur la santé en Europe 2009 : santé et système de santé* », 2009, disponible sur internet : <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/2335.pdf>

IFOP sondage, « *81 % des français souhaiteraient passer leurs derniers instants de vie chez eux* », 2010, disponible sur internet : <https://www.ifop.com>

INSEE, « *population par âge* », 1 Mars 2016, disponible sur internet : <https://www.insee.fr>

Fondation SCHUMAN.R, « *La prise en charge de la dépendance dans l'union européenne* », 28-11-2011, disponible sur internet : <https://www.robert-schuman.eu>
INSEE, Décimal, population estimée au 1er janvier 2012

INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, « *Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux* », Expertise collective, 2007, annexe 3, page 651, disponible sur internet : www.ipubli.inserm.fr

IRDES, Les constats et réflexions de l'IRDES, disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf>

IRDES, « *Classification des mesures d'aide aux aidants selon Interlinks* », disponible sur internet : www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Données d'activité CNSA, « *Accueil de Jour et hébergements temporaires* », 2012, page 4, disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr>

NAIDITCH.M, « *Comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction ? Enseignements d'une comparaison des politiques d'aide aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe* », IRDES, Questions d'économie de la santé, n°176, mai 2012.

OBSERVATOIRE DES EHPAD, « *GMP et statut juridiques* », données 2014, pages 18, disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr>

OBSERVATOIRE DES EHPAD, « *PMP des établissements* », données 2014, pages 18, disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr>

OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES, disponible sur internet : www.observatoire-des-territoires.gouv.fr

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Rapport d'activité de l'EHPAD RB, année 2017, page 3

Rapport d'activité de l'Ehpad Raby Barboteau 2016

Evaluation Interne de l'Ehpad Raby Barboteau 2012

Evaluation Externe de l'Ehpad Raby Barboteau 2013

Projet d'établissement de l'Ehpad Raby Barboteau 2014-2018

Rapport PRISMA France Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action, sous la responsabilité de Dominique Somme et Olivier Saint-Jean, décembre 2008, introduction, page 11

SOULIER.N, Enquête handicap-santé auprès des proches aidants informels, « *Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie* », DRESS, 2008, Études et résultats n° 799, mars 2012, page 8

SOULIER.N. « *Enquête Handicap-Santé auprès des proches aidants informels* », DREES, 2008. Etudes et résultats n°799, mars 2012. Page 8

SCHOPFLIN.P, « *Prestation dépendance* », Rapport sur projet de loi instaurant une prestation dépendance, disponible sur internet : <https://senat.fr>

Recommandations

ANESM, « *L'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé sont définies dans les recommandations* », « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* », « *Qualité de vie en EHPAD. Volet 1* », Saint-Denis, 2011. pp. 45-58.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, «*Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*», Décembre 2008, disponible sur internet : <https://www.anesm.sante.gouv.fr>

HAS. « *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne* ». Janvier 2009. Page 6

HAS. « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des proches aidants naturels* ». Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Février 2010, disponible sur internet : <https://www.has-sante.fr>

HAS, « *Intégration territoriale des services sanitaires sociaux et médico-sociaux* », points clés, solutions et organisation des parcours, Haute Autorité de Santé, Septembre 2014, disponible sur internet : <https://www.has-sante.fr>

Ibid

Internet

ARS, « Appel à candidature (ACC) Expérimentation Etablissement Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) – Pôle ressources de proximité », 2017, disponible sur internet : www.ars.nouvelle-aquitaine.santé.fr

CNIL, « *Règlement UE 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 26 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)* », disponible sur internet : <https://www.cnil.fr>

La Domotique est un ensemble de techniques de gestion automatisée appliquées à l'habitation, dictionnaire LAROUSSE. Disponible sur internet : <https://www.silvereco.fr/youtakecare-laureat-du-trophee-silvereco-2018-dans-la-categorie-meilleure-solution-habitat-domicile/3196861> <https://www.youtakecare.io/>

LAROUSSE dictionnaire : Attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées, Janvier 2018, disponible sur internet : <https://www.larousse.fr>

LAROUSSE, « *Dictionnaire* », disponible sur internet : www.larousse.fr

Liste des annexes

Annexe I : SWOT

Annexe II : Organigramme EHPAD Raby Barboteau

Annexe III : Fiche enquête schéma gérontologique Poitou-Charentes 2015-2019

Annexe IV : Le déroulement de l'enquête, schéma gérontologique Poitou- Charentes 2015-2019

Annexe V : Le taux de participation à l'enquête / La représentativité de l'échantillon de l'enquête, schéma gérontologique Poitou- Charentes 2015-2019

Annexe VI : Paroles de personnes âgées, schéma gérontologique Poitou-Charentes 2015-2019

Annexe I :

SWOT

LES FORCES	LES FAIBLESSES
OFFRE DE SERVICE	OFFRE DE SERVICE
Nouveau projet d'établissement : « EHPAD pôle ressource de proximité, soutien et accompagnement à domicile » des personnes âgées en perte d'autonomie.	Le projet d'établissement actuel ne permet pas la mise en œuvre d'un accompagnement des personnes âgées hors des murs de l'EHPAD malgré la demande.
Une évaluation interne est programmée pour 2018 suivie de l'évaluation externe 2019 pour la signature du CPOM 2020 et ainsi va entraîner la réécriture du projet de service.	Une liste d'attente à laquelle l'EHPAD ne peut pas répondre malgré une diversité de l'offre de service. Encourager par la loi Santé, développer le soutien aux aidants dans leur quotidien.
Complémentarité de l'offre de service sur le territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile	Crainte de concurrence entre les offres de services du territoire.
Mettre en œuvre l'accompagnement à domicile, projet innovant et jamais réalisé par les EHPAD Favoriser l'accès aux services de santé	Pas d'autorisation, pas de prise en charge financière pour la mise en œuvre, dépendant de la réponse de l'appel à projet. Dégager des effectifs pour la mise en œuvre du projet
Politiques publiques qui encadrent et accompagnent le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie	Le logement, demande un coût financier pour la réhabilitation (difficultés pour le soutien à domicile)
Les besoins sur le territoire : une liste d'attente d'un an et demi en HP, liste d'attente pour l'HT et AJ	Manque de places pour tous types d'hébergement (HP; HT ; AJ)
L'établissement est ouvert sur l'extérieur, a développé un grand nombre de partenariats, permet aux résidents d'être en lien avec l'extérieur. Les partenariats sont formalisés par des conventions	Les interactions entre les partenaires ne sont pas évaluées. Pas d'évaluation gériatrique standardisée de la personne âgée à domicile.
Continuité de l'accompagnement et coordination Les transmissions écrites sont formalisées, connues de tous, alimentées et lues par tous via le logiciel TITAN et TITAN Zap. Continuité de l'accompagnement assurée. Intervention de nombreux professionnels interne et libéraux permet une prise en charge globale. Des réunions hebdomadaires permettent une meilleure coordination.	Pas d'évaluation gérontopsychomotrice et d'ateliers prévention des chutes des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Les transmissions ne sont pas toujours complètes, manque de traçabilité. Absence de coordination d'intervention entre les professionnels de l'EHPAD, le domicile de la personne et les autres intervenants

LES FORCES	LES FAIBLESSES
GRH	GRH
Le personnel soignant est volontaire et adhère au projet de s'ouvrir sur l'extérieur. Permet de créer une nouvelle dynamique de groupe.	Continuité des interventions de nombreux professionnels libéraux en externe pour une prise en charge globale.
Les professionnels s'engagent : Une ouverture importante sur l'extérieur, une inscription forte dans le réseau local et une capacité à développer du partenariat ; Une volonté et une capacité d'adaptation aux besoins des usagers ; Une prise en compte des souhaits des résidents, Une attention particulière portée à l'individualisation des réponses, aux projets personnalisés et à leur suivi	Attention au suivi des projets individualisés Des effectifs insuffisants Départ massifs des professionnels dans les dix années à venir
Réunions de transmissions journalières	Allonge le temps de transmissions déjà important
Une réflexion et une remise en question continue des professionnels sur la notion de bientraitance	Analyse de la pratique professionnelle une fois/mois
FINANCE	FINANCE
Financement par appel à projet de l'ARS	Concurrence avec d'autres associations du secteur

OPPORTUNITES	MENACES
Le contexte des politiques publiques actuelles est favorable au soutien à domicile : La loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) donne l'opportunité aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'un nouvel accompagnement PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des seniors à partir de 75 ans	Départ massifs des professionnels dans les dix années à venir Une mise en œuvre lente des politiques publiques avec une population ayant des besoins immédiats
Le projet d'établissement et son articulation dans le réseau social-économique local	Mauvaise lisibilité des acteurs du territoire
La promotion de l'autonomie, qualité de vie, santé et participation sociale	La protection et prévention des risques inhérents à la personne en perte d'autonomie
L'ARS à travers ses appels d'offres demandent aux EHPAD d'innover en devenant « pôles ressources de proximité »	Concurrence avec les autres associations du secteur

Annexe II :
Organigramme EHPAD Raby Barboteau 2014/2018

Annexe III :

FICHE ENQUÊTE SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou- Charentes 2015-2019

Les personnes âgées à domicile et le maintien dans leur logement

Objectif(s) :

Dans le cadre du renouvellement de son schéma en faveur des personnes âgées, le Département de la Charente a souhaité recueillir des informations sur les éléments favorisant le maintien des personnes âgées à leur domicile.

Thème(s) :

Cette enquête porte sur le logement (caractéristiques), la vie des personnes âgées dans leur logement (aides, aménagement,...) et sur leur connaissance des aides.

Cible :

Personnes âgées bénéficiant de l'APA à domicile (GIR 1 à 4). Une centaine de personnes interrogées selon une liste transmise par les coordinatrices.

Lieu :

La collecte des données est effectuée à domicile après prise de rendez-vous par l'enquêtrice. Le lieu d'enquête porte sur tout le département de la Charente.

Durée :

Février –mars : élaboration et validation du questionnaire

Avril à novembre : conduite des entretiens et saisie des données au fil de l'eau

Novembre : analyse des résultats

Mode d'administration :

Les données sont recueillies en vis-à-vis au domicile de la personne âgée par les enquêtrices (volontaires service civique DHD). La personne âgée peut être accompagnée par un proche lors de la conduite de l'entretien.

Budget/Moyen :

- une enquêtrice service civique sur 5 mois puis une enquêtrice service civique sur 3 mois ;
- constitution des listes de personnes âgées par les coordinatrices ;
- réalisation du questionnaire sur SPHINX = 2 heures (SEPE) ;
- saisie des données sur SPHINX (3 min/questionnaire) (SEPE volontaire service civique) ;
- analyse et mise en forme des résultats = 2 jours (SEPE).

Annexe IV :

SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou- Charentes 2015-2019

Le déroulement de l'enquête :

En moyenne, les entretiens réalisés par les volontaires en service civique de la Direction Handicap dépendance ont duré entre 20 minutes et 45 minutes.

Retour d'expérience des enquêtrices :

Dans le cadre de cette enquête, les jeunes enquêtrices ont eu des difficultés à se positionner par rapport aux personnes âgées. En effet, contrairement aux coordinatrices qui vont en VAD pour écouter et proposer des aides aux personnes âgées rencontrées, les enquêtrices sont là pour recueillir les réponses des personnes âgées, écouter parfois aussi leur détresse ou être face à la solitude, le poids des souvenirs ou la perte d'autonomie (physique ou mentale). Dans certains cas, cette expérience a pu être compliquée à vivre car il n'est pas toujours facile de prendre du recul par rapport à certaines situations humaines.

Les constats des enquêtrices :

Lorsque les personnes âgées sont en couple, le conjoint dépendant est très souvent pris en charge par l'autre et la bonne santé de l'aidant est souvent l'élément prépondérant dans le maintien ou non à domicile.

Les personnes âgées bien dans leur vieillesse sont généralement celles qui sont entourées, qui peuvent se déplacer et qui ont des visites à domicile (boulangier, boucher, commerce à domicile,...). La plupart du temps, les relations entre aides à domicile et personnes âgées sont très bonnes.

Aux dires des intervenantes à domicile, les principales difficultés rencontrées tiennent à la gestion et au respect des plannings. Pour les personnes âgées, les changements d'intervenantes leur procurent dans certains cas plus de tracasseries que de réconfort.

Annexe V :

SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou- Charentes 2015-2019

Le taux de participation de l'enquête :

Le bon taux de participation (60 %) a été favorisé par la prise de contact préalable avec les personnes âgées avant chaque rendez-vous. L'enquêtrice a pris soin d'expliquer les contours de l'enquête (anonymat, enquête commandée par le Département dans le cadre de l'élaboration de son schéma en faveur des personnes âgées).

Les personnes ayant accepté de répondre à l'enquête ont été satisfaites de cette démarche qui leur a permis de se faire entendre.

La représentativité de l'échantillon de l'enquête:

- par rapport à la population charentaise APA à domicile

APA à domicile (statistiques DREES 2012) :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
145	940	999	2759	4843
3,0%	19,4%	20,6%	57,0%	100,0%

Echantillon enquête :

GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	NC	Total
7	27	22	53	26	135
6,4%	24,8%	8%	20,2%	48,6%	100,00%

La représentativité de l'échantillon est calculée sur les GIR connus (109)

Dans cette l'enquête, nous avons une sur représentation des personnes en GIR 1 et 2 et une sous-représentation des personnes en GIR 4.

- par rapport au territoire (lieu de collecte)

L'Ouest et le Sud Charente n'ont pas été enquêtés, les jeunes volontaires en service civique n'ayant pas forcément de moyens de déplacement à disposition (absence de permis et véhicule de service non disponible systématiquement).

Pour information, sur la même période, la MSA des Charentes a conduit une enquête sur les besoins sociaux et sanitaires des aînés dans le Sud Charente. La dimension « environnement de la personne âgée » y était abordée.

Annexe VI :

SCHEMA GERONTOLOGIQUE Poitou- Charentes 2015-2019

Paroles de personnes âgées :

>Femme de 81 ans hébergée par sa fille : « *les maisons de retraite sont trop cher, on ne pourrait pas payer* ».

>La fille d'un homme âgé de 89 ans en GIR 2 : « *On a trouvé une personne qu'on emploie afin qu'elle reste avec mon père sauf les week-ends. Ce mode de fonctionnement nous convient très bien, le seul problème, c'est de trouver une solution pour le week-end. Mes parents ne voulaient pas entendre parler de services à domicile, c'est jamais les mêmes personnes. Les personnes âgées ont des rituels, ils tiennent à conserver leur intimité donc c'était infernal* ».

>Femme de 80 ans vivant seule dans sa maison : « *Je me sens tellement bien à la maison avec les souvenirs que mon mari et moi y avons : je refuse de vendre et d'en partir. Quand ils me disent ces choses de maison de retraite, ça me casse, j'en arrive presque à la dépression* ».

>Homme de 88 ans vivant seul : « *J'ai fait les murs (de la maison) avec ma femme, alors je veux y rester* ».

>Le fils d'un homme de 78 ans vivant seul : « *Les heures où ils viennent faire les toilettes ne conviennent pas* ».

Homme de 80 ans hébergé par son fils : « *Ça se passe bien avec l'association à domicile par contre, je ne veux pas changer de personnes qui viennent : les femmes sont très gentilles et ça me va bien* ».

>Femme de 101 ans en GIR 2 hébergée par son gendre : « *Il faudrait que les maisons de Retraite soient moins cher et il faudrait plus d'heures d'aides à domicile pour soulager un peu mon gendre qui m'aide* ».

>Femme de 85 ans en GIR 2 hébergée par sa fille : « *Lorsqu'on est locataire, c'est presque inenvisageable de faire des travaux dans le logement* ».

>Femme de 80 ans hébergée par son gendre : « *C'est très pesant de devoir demander de l'aide surtout financière aux enfants : les maisons de retraite coûtent trop cher. Pour les aides à domicile, c'est très bien lorsqu'elles sont stables, quand ce sont les mêmes personnes qui viennent* ».

>Femme de 73 ans en GIR 4 vivant avec son conjoint : « *Le personnel écourte le nombre d'heures afin d'avoir le temps de faire le trajet pour un autre domicile* »

BEYNAUD	Gaëlle	2018
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale CENTRE DE FORMATION : IRTS NOUVELLE AQUITAINE		
DEVELOPPER UN PÔLE RESSOURCES DE PROXIMITE AU SEIN D'UN EHPAD ET OFFRIR DES PRESTATIONS A VISEES PREVENTIVES AU DOMICILE		
<p>Résumé :</p> <p>La politique de soutien à domicile des personnes âgées et en particulier des personnes âgées en perte d'autonomie est une priorité en France comme dans les autres pays Européens. Les dispositifs et services contribuant à cette politique se sont, au fil des dernières années, organisés et développés pour devenir aujourd'hui des acteurs incontournables de l'action sociale en faveur des personnes âgées.</p> <p>L'accueil de jour et l'hébergement temporaire proposée par l'EHPAD Raby Barboteau a aujourd'hui trouvé ses limites dans la réponse apportée aux besoins des personnes âgées désirant vivre à leur domicile. Devant la demande croissante des personnes âgées et de leurs aidants, l'EHPAD doit continuer de répondre dans ses missions de prévention et de veille sur le respect d'une logique de parcours.</p> <p>Dans ce contexte et devant des appels à projets qui donnent des opportunités, l'EHPAD Raby Barboteau doit évoluer. C'est pourquoi, après un diagnostic étayé, l'EHPAD Raby Barboteau se voit proposer une solution innovante et pérenne en devenant un « EHPAD Pôle ressources de proximité » répondant aux besoins identifiés des personnes âgées et de leurs aidants sur le territoire.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Personnes âgées, proche aidant, parcours, répit, démarche intégrative, prévention, partenariat, proximité, territoire, ressources, EHPAD, pôle</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		